

Checkliste für die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung

Ihre Kontaktdaten (bitte bevorzugte Kontaktmöglichkeit ankreuzen):

Name, Vorname

☐ Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☐ Telefon

☐ Mobil

☐ E-Mail

Angaben zur privaten Krankenversicherung:

Name der Krankenversicherung

Ort der zuständigen Geschäftsstelle

Ihre Versichertennummer

OPTIONAL: Ihr Tarif

OPTIONAL: Angaben zum Checklisten-Gespräch mit Ihrer Krankenversicherung:

Datum und Uhrzeit des Gesprächs

Name des Sachbearbeiters

1. Ist Psychotherapie Leistungsbestandteil Ihres Versicherungsvertrags?

☐ Ja (weiter mit 2.)

☐ Nein

Wenn nein, sprechen Sie mit Ihrer Krankenversicherung, ob dennoch eine Möglichkeit der Kostenübernahme besteht (z.B. Tarifwechsel).

Sind Sie bereit die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung selbst zu tragen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, was ist Ihr bevorzugter Zahlungsweg?

☐ Barzahlung

☐ Vorab-Überweisung

☐ Rechnung

2. Ist die Leistung auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränkt?

☐ Ja ☐ Nein (weiter mit 3.)

Wenn ja, welche Verfahren werden erstattet?

☐ Verhaltenstherapie

☐ Psychoanalyse

☐ Tiefenpsychologisch-fundierte Therapie

☐ Gesprächstherapie

☐ Systemische Therapie

☐ Sonstige: _____

3. In welcher Höhe werden Kosten erstattet?

3.1. Wo liegt die Höchstgrenze für das Behandlungshonorar pro Sitzung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu _____ € je Therapiesitzung erstattet.

3.2. Wird ein bestimmter prozentualer Anteil des Honorars erstattet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden _____ % der Kosten erstattet.

3.3. Gibt es eine Erstattungshöchstgrenze pro Jahr?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden insgesamt bis zu _____ € pro Jahr erstattet.

3.4. Gibt es eine Höchstgrenze für Behandlungsstunden pro Jahr?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu _____ Therapiestunden erstattet.

3.5. Besteht eine „Mindestmitgliedschaft“ in der Versicherung, bevor ein Leistungsanspruch besteht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, man muss mindestens _____ Monate / Jahre (unzutreffendes bitte streichen) bei der Krankenversicherung versichert sein, um die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung erstattet zu bekommen. Ich bin seit dem _____ Kunde der Versicherung.

3.6. Werden probatorische Sitzungen oder Erstgespräche erstattet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu _____ Sitzungen in Höhe von je _____ € / in Höhe von insgesamt max. _____ € (unzutreffendes bitte streichen) erstattet.

3.7. Werden weitere psychotherapeutische Leistungen (z.B. Erstellung eines Berichts sowie Arztbriefe) übernommen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, folgende weitere Leistungen werden erstattet: _____

3.8. Sofern Ihre Krankenversicherung die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung nicht in voller Höhe (JA bei 3.1. - 3.3.) oder vollem Umfang (JA bei erstattet 3.4. - 3.7.) erstattet, sind Sie bereit die anfallenden Kosten selbst zu tragen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, für folgende Situationen:

☐ Zuzahlung bei anteiliger Kostenübernahme je Therapiestunde (siehe 3.1., 3.2.)

☐ Fortführung der Therapiesitzungen über das Jahreskontingent hinaus (siehe 3.3., 3.4.)

☐ komplette Selbstzahlung der Therapie (siehe 1., 2., 3.5.)

☐ Selbstzahlung der probatorischen Sitzungen sowie der Berichtserstellung zur Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung (siehe 3.6., 3.7.)

☐ Sonstige psychotherapeutische Leistungen auf Ihren Wunsch hin (siehe 3.7., z.B. Entspannungstraining)

☐ Sonstiges und zwar: _____

Wenn ja, was ist Ihr bevorzugter Zahlungsweg?

☐ Barzahlung

☐ Vorab-Überweisung

☐ Rechnung

4. Wird die psychotherapeutische Behandlung nur für bestimmte Störungsbilder übernommen bzw. sind bestimmte Störungsbilder von der Kostenübernahme ausgeschlossen (z.B. Suchterkrankungen)?

☐ Ja ☐ Nein, es gibt keine Einschränkungen bzgl. der Diagnose

Wenn ja, die Behandlung wird nur bei folgenden Diagnosen übernommen: _____

ODER

Wenn ja, folgende Diagnosen sind von der Kostenübernahme ausgeschlossen: _____

5. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Ihre Krankenversicherung die Kosten übernimmt?

- ☐ Keine
- ☐ bestimmte Diagnose (siehe 4.)
- ☐ ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung / Konsiliarbericht
- ☐ schriftlicher Antrag (bitte Vordrucke Ihrer Krankenversicherung anfordern!)
- ☐ Bericht des Behandlers zum Antrag
- ☐ Sonstige: _____

6. Haben Sie schon mal eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Zeitraum	Art der Behandlung (siehe 2.)	Name und Anschrift des Behandlers	Kostenübernahme durch Ihre derzeitige Krankenversicherung?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift