



**Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung  
gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V**

Ich beantrage Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch

**Frau Dipl.-Psych. Sema Tobin-West**

(Approbierte Psychologische Psychotherapeutin in Verhaltenstherapie, mit  
Arztregistereintrag)

Anschrift: Chausseestrasse 51, 10115 Berlin  
Telefon: 0151 66 77 88 09

---

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bzw. Konsiliarbericht ist:

- beigefügt  
 liegt Ihnen bereits vor  
 geht Ihnen in Kürze ein

Name, Vorname des Patienten:

---

Versicherten-Nr.:

---

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

---

Vom Psychotherapeuten auszufüllen:

Verdachts-Diagnose (ICD-10):

Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

Verhaltenstherapie

als Einzelbehandlung  als Gruppenbehandlung

Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: 5 probatorische Sitzungen

Honorar je Behandlungseinheit: analog EBM 2020

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Psychotherapeuten



## Schweigepflichtsentbindung

Ich (Name, Vorname, Anschrift):

entbinde hiermit:

Frau Dipl. Psych. Sema Tobin-West, Chausseestr. 51; 10115 Berlin  
Tel.: 0151 66 77 88 09

von der Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:

Versichertennummer:

*Ggf. ergänzen:*

Frau Dipl. Psych. Sema Tobin-West ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen ebenfalls an:

weiterzuleiten.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

.....  
ggf. Unterschriften des/der  
gesetzlichen Vertreter