

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

Ich beantrage Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch

Frau Dipl.-Psych. Sema Akbunar

(Approbierete Psychologische Psychotherapeutin in Verhaltenstherapie, mit
Arztregistereintrag)

Anschrift Wedding: Müllerstraße 156a, 13353 Berlin

Anschrift Mitte: 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 Akbunar

Standort Wedding: Müllerstraße 156a, 13353 Berlin

Standort Mitte: Chausseestraße 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 Akbunar ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen ebenfalls an:

weiterzuleiten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

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