



KRANKENFÜRSORGEANSTALT DER BEDIENTETEN DER STADT WIEN  
1081 WIEN • SCHLESINGERPLATZ 5 • POSTFACH 0054  
TELEFON +43 1 404 36 – 0

Kontakt Angelegenheiten Psychotherapie:

Tel: +43 (0)1 40436 – 46837

Fax: 01-40436-99-46837

Email: [psychotherapiereferat@kfawien.at](mailto:psychotherapiereferat@kfawien.at)

## ANTRAG AUF KOSTENZUSCHUSS ZU EINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

Erstantrag

Folgeantrag

<b>Patientin/Patient:</b> Vorname, Nachname	<b>SVNr., Geburtsdatum (6- stellig)</b>
<b>Anschrift:</b> Straße:  PLZ, Ort:	
<b>Telefonnummer tagsüber:</b>	
<b>Versicherte/r:</b> Vorname, Nachname	<b>SVNr., Geburtsdatum (6- stellig)</b>
<b>Beschäftigt bei:</b>	
<b>Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten:</b>	
<b>Name der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten:</b>  <b>Praxisadresse:</b> Straße:  PLZ, Ort:  Telefonnummer:	

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Krankenkasse leistet Kostenzuschüsse für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen.

Die Überprüfung des Vorliegens dieser Voraussetzungen unsererseits erfolgt aufgrund der Angaben auf diesem Formular und **muss vor der 11. Behandlung beantragt werden.**

Die Bestätigung der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung muss vor der 2. Behandlung eingeholt werden. **Ein Kostenzuschuss für die psychotherapeutische Krankenbehandlung ab der 11. Sitzung kann daher nur geleistet werden, wenn eine Bewilligung unsererseits erteilt worden ist.** Sollte die Behandlung nach Erschöpfen der bewilligten Anzahl an Behandlungen fortgesetzt werden, muss ein Folgeantrag gestellt werden.

Das Formular soll von der behandelnden Psychotherapeutin/vom behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt sowie von der Therapeutin/vom Therapeuten und von der Patientin/vom Patienten unterschrieben werden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns die wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruches.

Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der KFA hinsichtlich der Gewährung des Kostenzuschusses zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei uns einlangt.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihre Psychotherapeutin/Ihren Psychotherapeuten, direkt den chefärztlichen Dienst der KFA zu kontaktieren.

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich der KFA streng vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre KFA



## A. Von der Psychotherapeutin/vom Psychotherapeuten im Auftrag der Patientin/des Patienten auszufüllen

### 1. Angaben zur Patientin/zum Patienten:

1.1 Vierstellige Diagnose(n) nach ICD-10:

1.2. **GAF-Wert** (globale Erfassung des Funktionsniveaus, Einschätzung der Therapeutin/des Therapeuten zum Zeitpunkt der Antragstellung:

1.3. **Berufstätigkeit:**  ja  nein

1.4. **Laufende psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung:**  
 ja  nein

Name der Fachärztin/des Facharztes:

1.5. **Aktuelle Medikation im Zusammenhang mit psychischen Störungen:**

1.6. **Krankenzustände im Zusammenhang mit dieser psychischen Erkrankung** binnen der letzten 2 Jahre mit Angaben zum Zeitrahmen und Diagnose/n:

1.7. **Stationäre Aufenthalte innerhalb der letzten 2 Jahre in Zusammenhang mit dieser Erkrankung** mit Angabe der Gesundheitseinrichtung:

**1.8 Behandlungsbezogene Anamnese** (in Stichworten): zB.: körperliche Erkrankungen, Krankheitsbeginn, familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse, Alkohol-, Drogen- und /oder Medikamentenabusus etc.

Bei Folgeantrag: bisheriger Therapieverlauf

**1.9 Kurze Stellungnahme zur Intensität der Störung** zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit



**2.0 Konkrete Therapieziele dieser Behandlung:**

Bei Folgeantrag: erreichte ursprüngliche und noch offenen Ziele

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording the specific therapy goals of the treatment.

**2.1 Anmerkungen:**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for recording any notes or observations related to the treatment.

**B. Zur gegenständlichen Psychotherapie:**

<b>Beginn:</b> Datum der 1. Stunde	
<b>Therapiemethode:</b>	
<b>Setting:</b> Einzeltherapie 50min. oder Gruppentherapie 90 min.	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<b>Frequenz:</b> zB. einmal wöchentlich, einmal alle 14 Tage, einmal im Monat etc.	
<b>Beantragte Stundenanzahl</b>	
<b>voraussichtliche Gesamtstundenanzahl</b>	
<b>Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?</b>	
<b>Laut Angabe der Patientin/des Patienten:</b> wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?	

Anmerkung:

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Therapeutin/des Therapeuten



### C. Vom Chefärztlichen Dienst der KFA auszufüllen:

1.  **Bewilligung von**

\_\_\_\_\_ psychotherapeutische Behandlungen

im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2.  **Ablehnung**

Grund:

3.  **Befunde nachfordern:**

Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Sonstige:

4.  **Patientin/Patient vorladen bei:**

---

**Datum, Stempel und Paraphe der Ärztin/des Arztes des Chefärztlichen Dienstes der KFA**