



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

Kontakt Psychotherapie Angelegenheit:  
Tel: +43 (0)1 40436 – 46900 (Auswahl 2 – 1)  
E-Mail: [psychotherapiereferat@kfawien.at](mailto:psychotherapiereferat@kfawien.at)  
Web: [www.kfawien.at](http://www.kfawien.at)

Stempel des Vertragsvereins

## ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE INANSPRUCHNAHME 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!

Wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht, soll die Psychotherapie die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherstellen, festigen oder verbessern. Diese Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Es obliegt der KFA Wien sowie den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass es sich bei der geplanten Behandlung um eine Krankenbehandlung handelt.

Vor Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine ärztliche Bestätigung von Ihrer/m Fach- oder Hausärzt\*in erforderlich.

Eine **Kostenübernahme oder ein Kostenzuschuss für die psychotherapeutische Krankenbehandlung ab der 11. Sitzung** kann nur dann zugesagt werden, wenn die **Bewilligung seitens der KFA** eingeholt worden ist.

Das Formular ist ausgefüllt so an uns zu übermitteln, dass es rechtzeitig (ca. 2 Wochen vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung oder vor Ausschöpfen der bereits bewilligten Stunden) bei uns einlangt.

Die Überprüfung der Erfüllung aller Voraussetzungen erfolgt aufgrund der Angaben auf diesem Formular. Die Beantwortung dieser Fragen ist ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung des Leistungsanspruches.

Das Formular soll von der behandelnden Psychotherapeutin bzw. vom behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt und unterschrieben werden. Ebenso ist Ihre Unterschrift als Patientin bzw. Patient erforderlich. Bei Anträgen über einen Vertragsverein ist auch der Stempel des Vertragsvereins notwendig. Die Einreichung von Anträgen über Vertragsvereine an die KFA hat ausschließlich durch den jeweiligen Verein zu erfolgen.

Eine etwaige volle Kostenübernahme ist nur bei Vertragsvereinen oder Vertragsambulatorien oder Ärzt\*innen (Diplom "Psychotherapeutische Medizin" der Österreichischen Ärztekammer), welche einen Vertrag mit der KFA-Wien abgeschlossen haben, möglich.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihre Psychotherapeutin/Ihren Psychotherapeuten, das zuständige Referat in der KFA zu kontaktieren: Per Tel: +43 (0)1 40436 – 46900 (Auswahl 2 - 1) oder per E-Mail: [psychotherapiereferat@kfawien.at](mailto:psychotherapiereferat@kfawien.at).

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. **Krankenstände 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): z.B.: 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



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

## 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> z.B. 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