

Antrag auf

Kostenzuschuss zur Inanspruchnahme von klinisch-psychologischer Behandlungen

Zur Vorlage an die:

Versicherungsträger: _____
 Bundesland _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____

☐ Erstantrag	☐ Folgeantrag	☐ Behandlerwechsel
-------------------------------------	--------------------------------------	---

Daten der versicherten Person:

Familiename Patient/in	
Vorname Patient/in	Versicherungsnummer Patient/in
Anschrift Patient/In	
Versicherte/r	Versicherungsnummer Versicherte/r

Daten der/des leistungserbringenden klinischen
 Psychologin/Psychologen:

Daten der/des leistungserbringende/n klinischen Psychologin/Psychologen (Name, VPNR, Praxisadresse)

Auszufüllen durch die behandelnde klinische Psychologin/den behandelnden klinischen Psychologen im Auftrag der Patientin/des Patienten:

1. Angaben zur Patientin/zum Patienten	
1.1. Vierstellige Diagnose nach ICD-10/ICD-11	
1.2. GAF-Wert	
1.3. Berufstätigkeit inkl. Art der Berufstätigkeit	☐ Ja ☐ Nein _____
1.4. Laufende psychiatrische / kinder- und jugend(neuro-)psychiatrische (kinderfachärztliche) Behandlung	☐ Ja ☐ Nein Name der Fachärztin/des Facharztes: _____
1.5. Behandlungsbezogene Anamnese (in Stichworten) Belastungsfaktoren (bspw. Körperliche Erkrankungen), Krankheitsbeginn, familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse, Substanzabusus, aktuelle Medikation, Krankenstände im Zusammenhang mit der Erkrankung, stationäre Aufenthalte, bisherige andere Behandlungen, z.B. Psychotherapie)	
1.6. Angaben zum bisherigen klinisch-psychologischen Behandlungsverlauf und zur Intensität der Störung (in Stichworten) (Behandlungsmotivation, Arbeitsbeziehung, Compliance, Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Zielerarbeitung- und Erreichung, Veränderungen im Behandlungsfokus und der Zielsetzung, erfolgte Interventionen und Ergebnisse,...)	

1.7. Konkrete Zielsetzung der Krankenbehandlung in Bezug auf die ICD-10/ICD-11 Diagnose resp. GAF-Wert, bisher erreichte Ziele und offene Zielsetzungen	
2. Zur antragsgegenständlichen klinisch-psychologischen Behandlung	
2.1. Beginn der klinisch-psychologischen Behandlung (1. Behandlungseinheit, Datum)	
2.2. Bisher stattgefundene Behandlungseinheiten (zum Zeitpunkt der Antragstellung)	
2.3. Anzahl Einheiten bei anderen klinischen Psycholog/innen oder Psychotherapeut/innen (wenn zutreffend)	
2.4. Beantragte Einheiten	
2.5. Voraussichtlich benötigte Gesamteinheiten	
2.6. Begründung des weiteren Therapiebedarfes	
2.7. Geplante Frequenz	
2.8. Geplantes Setting	☐ Einzelsetting (60 Minuten) ☐ Gruppensetting (90 Minuten) ☐ anderes: _____
2.9. Begleitende Behandlung von Bezugspersonen (bei Bedarf)	Art des Bezuges (Eltern, Geschwister, ...): _____
Anmerkungen	

Ich wurde über den Inhalt des Antrages durch die/den klinische/n Psychologin/ Psychologen aufgeklärt und habe das Patienteninformationsblatt erhalten: Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten	
---	--

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist:

.....
Datum, Unterschrift und Stampiglie der/des klinischen Psychologin/Psychologen

Beilagen:

☒ Nachweis über eine ärztliche Untersuchung jedenfalls vor der 2. Behandlungseinheit

☐ Weitere Nachweise: _____

Auszufüllen durch die abrechnende Stelle

Anmerkungen:

Auszufüllen durch die bewilligende Stelle

Anzahl der bewilligten Behandlungseinheiten	
Behandlungsfrequenz	
Bewilligung ab Frühestens mit Eingangsdatum des Antrages	
Anmerkungen:	

Die österreichischen Sozialversicherungsträger treffen als Verantwortliche der Datenverarbeitung technische und organisatorische Maßnahmen, um die angegebenen Daten angemessen zu schützen und speichern diese nach den Kriterien der Datenschutzverordnung für die gesetzliche Sozialversicherung. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden gemäß Art 9 Abs. 2 lit. H) DSGVO ausschließlich für den Zweck der Entscheidung für die grundsätzliche Zusage einer (Teil-)Finanzierung verwendet. Es erfolgt weder eine Weitergabe der Daten an Dritte, noch eine automatisierte Entscheidungsfindung. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist durch Gesetz bzw. Verordnung festgelegt und im Hinblick auf die Leistung der vorgesehenen (Teil-)Finanzierung erforderlich. Unvollständige oder unklare Angaben können dazu führen, dass eine geringere Anzahl als die beantragten Behandlungen bewilligt oder eine (Teil-)Finanzierung gänzlich abgelehnt wird. Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen stehen Ihnen gemäß der DSGVO ggf. folgende Rechte zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung (es sei denn, die Aufbewahrung der Daten ist rechtlich notwendig), Einschränkung der Verarbeitung sowie auf Übertragung der angegebenen Daten. Sie haben weiters das Recht, sich bei der Österreichischen Datenschutzbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten lauten wie folgt:

ÖGK: Mag. Siegfried Gruber, +43 5 0766 11 3123, dsb@oegk.at.

SVS: x-tention Informationstechnologie GmbH, +43 7242 2155 65065, dsb@svs.at

BVAEB: x-tention Informationstechnologie GmbH, +43 50 405 20 330, dsb@bvaeb.at