

Name und Anschrift der zuständigen Krankenkasse

Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie

Herrn/Frau

Bezug: Antrag vom _____

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
zu Ihrem Antrag teilen wir Ihnen mit, daß wir die Kosten für Ihre Behandlung übernehmen.

Wir erkennen unsere Leistungspflicht an für:

Kurzzeittherapie Langzeittherapie

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM - Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschnittl. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM - Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschnittl. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(n)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM - Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschnittl. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM - Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschnittl. Frequenz pro Woche

Diese Feststellung gilt nur so lange, wie ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse besteht.
Wir bitten, einen Wechsel der Krankenkasse sowohl uns als auch dem Therapeuten unverzüglich mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen