



OE KV-VPV HR4
Tel. 050 2350 32660
Fax 050 2350 72600
psychotherapie@vaeb.at

ANTRAG AUF KOSTENZUSCHUSS ZU EINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

- Erstantrag
- Folgeantrag

Patientin/ Patient: Familiename, Vorname	SVNr., Geburtsdatum (6-stellig):
Anschrift: Straße: PLZ, Ort:	
Telefonnummer tagsüber:	
Hauptversicherte/r: Familiename, Vorname	SVNr., Geburtsdatum (6-stellig):

Name der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten: Praxisadresse: Straße: PLZ, Ort:
--

Die Krankenkasse leistet einen Kostenzuschuss zur Psychotherapie, wenn eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht. Durch die Behandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. **Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.**

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.



Angaben zur Patientin / zum Patienten:

Anlass der derzeitigen Kontaktaufnahme:

Ärztliche Begleitbehandlung wird durchgeführt von:

Diagnose/n nach ICD-10 (4-stellig):

GAF-Wert (Einschätzung zum Zeitpunkt der Antragstellung) – s. Anlage Seite 5:

Aktuelle ärztlich verordnete Medikation im Zusammenhang mit dieser Erkrankung:

Krankensstände innerhalb der letzten zwei Jahre im Zusammenhang mit dieser Erkrankung mit Angaben zu Zeitrahmen und Diagnose:

Stationäre Aufenthalte innerhalb der letzten zwei Jahre im Zusammenhang mit dieser Erkrankung mit Angaben zur Institution:

Behandlungsbezogene Anamnese bzw. Belastungsfaktoren in Stichworten (z.B. körperliche Erkrankungen, relevante familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse,..):

Bei Folgeantrag → bisheriger Therapieverlauf:

Angaben zur Intensität der Störung (subjektive Symptomatik, aktuelles Zustandsbild auf Symptomebene):

Therapieziele dieser Behandlung:

(Welche Ziele soll der /die PatientIn mit Hilfe dieser Psychotherapie erreichen? Die verschiedenen Therapieziele sollten möglichst differente Bereiche – wie z.B. körperliche oder psychische Probleme, Beziehungsprobleme im privaten, schulischen oder beruflichen Bereich – erfassen.)

Bei Folgeantrag → bisher erreichte und offene Ziele:

Sonstige Anmerkungen:

Datum der ersten Behandlung der beantragten Therapie:	
Bisherige Stundenanzahl:	
Vorgesehene Therapiemethode:	
Voraussichtliche Gesamtstundenanzahl:	
Beantragte Stundenanzahl:	
Einzeltherapie 30 min	<input type="radio"/>
Einzeltherapie 50min	<input type="radio"/>
Gruppentherapie 45min	<input type="radio"/>
Gruppentherapie 90min	<input type="radio"/>
Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? : mal pro Woche / Monat	

Datum, Unterschrift PatientIn

Datum, Unterschrift, Stampiglie TherapeutIn

Die VAEB versichert selbstverständlich, dass die angegebenen Informationen dem strengsten Datenschutz unterliegen, innerhalb des Krankenversicherungsträgers verbleiben und nur den für die Bewilligung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich sind.

Wir danken für die Zusammenarbeit und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen!

Ihre Versicherungsanstalt für
Eisenbahnen und Bergbau

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, keine Symptome	100 – 91
Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder Sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied)	90 – 81
Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit), höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule)	80 – 71
Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen	70 – 61
Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen)	60 – 51
Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten)	50 – 41
Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule)	40 – 31
Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommen-Sein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde)	30 - 21
Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm)	20 – 11
Ständige Gefahr, sich oder andere zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendungen) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht	10 – 1
Unzureichende Information	0