Antrag

zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen

Zur Vorlage an die: -- Bitte auswählen --

☐ Erstantrag	☐ Folgeantrag	☐ Therapeut*innenwechsel

Daten der versicherten Person:

Vor- und Familienname Patient*in	VSNR Patient*in
Vor- und Familienname Versicherte*r	VSNR Versicherte*r

Daten des Leistungserbringenden:

Psychotherapeut*in (Name, Praxisadresse, psychotherapeutische Methode)
Name des Vertragsvereins bzw. der Vertragseinrichtung, VPNR (wenn zutreffend)
Datum, Unterschrift, Stempel (außer bei Übermittlung über das Gesundheitspartnerportal)

Beilagen:

☐ Bestätigung der ärztlichen Untersuchung (jedenfalls vor der 2. Behandlungseinheit)

☐ Ergänzende Befunde (z. B. klinisch-psychologische Diagnostik, Zweitbegutachtung,…):
(optional) _____

☐ Weitere Nachweise:
(optional) _____

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 weiter 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: www.oegk.at/datenschutz, +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

ÖGK-VM1/0049-01/V01

Auszufüllen durch die bzw. den Leistungserbringenden

1. Angaben zur Patientin oder zum Patienten	
1.1. Vierstellige Diagnose(n) nach ICD-10	
1.2. GAF-Wert *Global Assessment of Functioning Scale*	
1.3. Laufende psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendheilkundliche Behandlung Name der Fachärztin oder des Facharztes:	☐ Ja ☐ Nein _____
1.4. Diagnoserelevante aktuelle Medikation (soweit bekannt)	

1.5. Behandlungsbezogene Anamnese / bisheriger Therapieverlauf (in Stichworten)
Belastungsfaktoren (bspw. Körperliche Erkrankungen), Krankheitsbeginn, familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse, Substanzabusus, Krankenstände im Zusammenhang mit der Erkrankung, stationäre Aufenthalte, Vortherapien, Laufende psychosoziale Unterstützung, Therapiemotivation, Arbeitsbeziehung, Compliance, Kooperation mit anderen Berufsgruppen, Zielerarbeitung- und erreichung, Veränderungen in Therapiefokus und Zielsetzung, erfolgte Interventionen und Ergebnisse…

1.6. Angaben zur Intensität der Störung (in Stichworten)
Beschreibung des aktuellen Zustandsbildes auf Symptomebene, Darstellung der aktuellen Situation

1.7. Konkrete Zielsetzung der Krankenbehandlung in Bezug auf die psychische(n) Störung(en) und Schweregrad, bisher erreichte Ziele und offene Zielsetzungen

2. Zur beantragten Psychotherapie	
2.1. Beginn der Therapie (1. Behandlungseinheit, Datum)	
2.2. Bisher stattgefundene Behandlungseinheiten (zum Zeitpunkt der Antragstellung)	
2.3. Einheiten bei anderen Psychotherapeut*innen oder klinischen Psycholog*innen (bei Therapeut*innenwechsel)	
2.4. Beantragte Einheiten (exkl. bereits bewilligter bzw. bewilligungsfreier Einheiten)	
2.5. Voraussichtlich benötigte Gesamteinheiten	
2.6. Geplante Frequenz	
2.7. Geplantes Setting	☐ Einzelsetting (_____ Minuten) ☐ Gruppensetting (_____ Minuten) ☐ anderes: _____