



Meldung an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung betreffend der Kostenübernahme von Psychotherapie gemäss Artikel 2 und 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Abschnitt für den Versicherer

1. Versicherte/r: Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Adresse _____

Versicherer (Grundversicherung) _____ Nr./ev. Strichcode _____

Unterschrift _____ Datum _____

ev. Unterschrift gesetzl. Vertreter _____ Datum _____

2. Meldende/r Arzt/Ärztin _____ ZSR. Nr. _____

Delegiert arbeitende/r Psychotherapeut/in _____

Tel. für Rückfragen _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____ Datum _____

3. Anträge

Antrag Psychotherapeut/in _____ Datum _____

Antrag Vertrauensarzt/ärztin _____ Datum _____

Entscheid des Versicherers _____ Datum _____

Begründung bei ablehnendem Entscheid: _____



Abschnitt ausschliesslich für den Vertrauensarzt (vertrauliche Informationen)

1. Zuweisung Patient Hausarzt andere _____

2. Konsultationsgrund / Art der Erkrankung

2.1. Beschreibung der Beschwerden und Symptome _____

2.2. (Vorläufige) Diagnose(n), ICD-10-Code (so präzise wie möglich) _____

2.3. Wichtige Zusatzinformationen (Diff.diagnose, Komorbidität, Soziales, weitere Therapien, etc.)

2.4. Frühere Psychotherapie(n) (letzte 5 Jahre) ja nein

3. Ziel und Zweck der Behandlung _____

4. Voraussichtliche Art und Dauer der Psychotherapie

4.1. Voraussichtliche weitere Anzahl Therapieeinheiten ≤30 > 30

4.2. Modalitäten der Therapie _____