

Antrag auf psychotherapeutische Behandlungen

KFG

Kranken- und Unfallfürsorge
für öö. Gemeinden
Friedrichstraße 11
4041 Linz

Das Ansuchen ist unbedingt **vor**
Beginn der Behandlung zu
stellen und die Erledigung ist
abzuwarten

Alles bestens.

Friedrichstraße 11
4041 Linz
DVR: 0069264
UID-Nr. ATU23159506
Tel.: 0732/788000-0
Fax: 0732/788000-30
office@kfg.ooe.gv.at

ÖFFNUNGSZEITEN:
MO-DO: 08-12 und 14-16 Uhr
FR: 08-12 Uhr

Raum für Erläuterungen

Vom Mitglied auszufüllen

Für den Versicherten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amtstitel, Vor- und Zuname	Sozialversicherungsnummer			Tag	Monat	Geburtsdatum			Jahr
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße Hausnummer)					Telefon.-Nr.				
<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Dienststelle					Telefon.-Nr.				

Nur ausfüllen, wenn der Antrag für einen **Angehörigen** gestellt wird:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Zuname	Verwandtschaftsgrad	Sozialversicherungsnummer			Tag	Monat	Geburtsdatum		Jahr

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift des Mitgliedes

Name der Psychotherapeutin/
des Psychotherapeuten

Praxisadresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



Angaben des Psychotherapeuten zur Antragstellung

Erstbehandlung: JA NEIN wenn nein, Vorbehandlung bei:

Anlass der derzeitigen Kontaktaufnahme:

.....

Empfehlung zur Behandlung durch:

- Praktischen Arzt/Ärztin
- FA f. Psychiatrie/Neurologie
- Facharzt f.
- PatientIn selbst

Psychotherapeutische Diagnosen (ICD-10):

.....

Subjektive Symptomatik:

.....

.....

Fallbezogene Therapieziele (Behandlungsplan):

.....

.....

Datum der ersten Behandlung:

Wie viele Sitzungen werden in den nächsten 12 Monaten voraussichtlich notwendig sein?

Welche Sitzungsfrequenz ist geplant?

Vorgesehene Methode:

Begleitbehandlung durch FA f. Psychiatrie: Dr.

Besteht zu Therapiebeginn eine ärztlich verordnete Medikation? NEIN JA

Welche?
(Handelsname)

.....
Datum/Stempel/Unterschrift BehandlerIn

.....
Unterschrift PatientIn