ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinterbliebene/r	9		

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Antrag
auf Genehmigung der großen Psychotherapie

Familienname Vorname Versicherungsnummer

Tag Monat Jahr

Diagnose

Therapiebeginn mit Quartal

☐ Genehmigung für die ersten 5 Stunden

☐ Genehmigung für die Therapiefortsetzung
im _____ Quartal _____

Voraussichtliche Dauer der Psychotherapie

☐ bis zu 2 Quartalen
☐ bis zu 6 Quartalen
☐ über 6 Quartale
☒ Zutreffendes ankreuzen

Anzahl der Therapiestunden pro Woche _____

Gesamttherapiestunden im laufenden Quartal _____

Datum der Verordnung

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Indikationsstellung und Therapieplan

Chefärztliche Bewilligung

☐ bewilligt
☐ abgelehnt

Datum

Unterschrift und Stempel