

KUF

**Antrag auf Kostenzuschuss wegen Inanspruchnahme einer(s) freiberuflich  
niedergelassenen Psychotherapeutin(en)  
ab der 40. Sitzung**

An die **Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname(n)<br>Patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Vorname(n) | Versicherungsnummer<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="margin: 2px;">Tag</div><div style="margin: 2px;">Monat</div><div style="margin: 2px;">Jahr</div></div> |
| Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="border: 1px solid gray; width: 30px; height: 20px; margin: 2px;"></div><div style="margin: 2px;">Tag</div><div style="margin: 2px;">Monat</div><div style="margin: 2px;">Jahr</div></div> |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Anschrift                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Im Auftrag der/des oben genannten Patientin/Patienten beantrage ich die Weiterführung der Psychotherapie aufgrund nachfolgender Angaben. Ich erkläre die Fortsetzung der Krankenbehandlung für zweckmäßig.

Mir wurde versichert, dass diese Angaben in der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols (Ges.f.P.V.T.) verwahrt, gemäß dem Datenschutz 2000 gesichert und absolut vertraulich behandelt werden.

Datum:

Unterschrift und Stampiglie:

1. DIAGNOSEN: (ICD 10 / DSM IV)  
(Nummer + verbal; einschließlich evtl. Persönlichkeitsstörungen bzw. -züge)
  - a)
  - b)
  - c)

---

2. Aktuelle PSYCHOSOZIALE / UMGEBUNGSBEDINGTE PROBLEME:

---

3. Derzeit bestehende PSYCHOPATHOLOGISCHE und PSYCHOSOMATISCHE SYMPTOME:

---

4. Derzeit bestehende INTERAKTIONELLE PROBLEME bzw. DEFIZITE (privat, beruflich, in der Therapieszene):

---

5. HYPOTHESE über das Zustandekommen der Störung:

---

6. SCHWERPUNKT der gegenwärtigen therapeutischen Arbeit:

---

7. THERAPIEFORTSCHRITTE seit dem LETZTEN Antrag:

---

8. Als weitere VERÄNDERUNGSMÖGLICHKEITEN sehe ich:

---

9. METHODE, SETTING, FREQUENZ:

10. BISHER haben ~~ÄÄÄ~~ PSYCHOTHERAPIESTUNDEN stattgefunden.

11. Ich beantrage WEITERE ~~ÄÄÄ~~ PSYCHOTHERAPIESTUNDEN.

BEFÜRWORDUNG für weitere

..... MONATE

..... PSYCHOTHERAPEUTISCHE SITZUNGEN

Zur Befürwordung sind weitere Informationen notwendig zu den Punkten:

.....

Kommentar der Kommission: