

Bestätigung

der ärztlichen Untersuchung
bei Inanspruchnahme einer
psychotherapeutischen
Behandlung

GKK
für

BKK
der

Andere Kostenträger

1
Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstvers.

5
Pensio-
nist(in)

7
Kriegs-
hinter-
bliebene(r)

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

**Dient
zur Vorlage
bei der Kasse**

Bestätigung

Familienname(n) Vorname(n)

Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Mon. Jahr

Anschrift

Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Die Patientin/Der Patient wurde am _____
gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG, § 91 Abs. 1 Z. 3 GSVG,
§ 85 Abs. 1 Z. 3 BSVG, § 63 Abs. 1 Z. 3 B-KUVG
untersucht

Weitere diagnostische/therapeutische Maßnahmen
sind derzeit erforderlich / nicht erforderlich*)

Allfällige Bemerkungen:

*§ 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG: „Im Rahmen der Kranken-
behandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ... eine
psychotherapeutische Behandlung ... wenn nach-
weislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der
zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb
desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche
Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z. 1 des Ärztegesetzes 1984,
BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.*

12/132. 13. 7. 94 (Muster 1)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

*) Nichtzutreffendes bitte streichen! Angaben zu diesem Punkt können entfallen.