

Anhang

I. Muster

Musterverzeichnis:

Ohne Dolmetscher*in -

Muster 1: Rechnungsmuster für Sprechstunde und Probatorik - Patient*in hat keine GKV Karte.....	III
Muster 2: Antrag des Therapeuten auf Kostenübernahme psychotherapeutischer Leistungen – Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz (keine GKV Karte).....	iv
Muster 3: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme von psychotherapeutischen Sitzungen – Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz (keine GKV-Karte).....	vi

- Mit Dolmetscher*in -

Muster 4: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme Sprechstunde / Probatorische Sitzungen mit Dolmetscher*inkosten – Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz.....	vi
Muster 5: Antrag auf Kostenübernahme von psychotherapeutischen Sitzungen und Dolmetscher*inkosten – Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz.....	vii
Muster 6: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme von Dolmetscher*inkosten für Sprechstunde / Probatorik – Patient mit GKV Karte, Rechtskreis SGB	viii
Muster 7: Antrag des Versicherten auf Kostenübernahme von Dolmetscher*inkosten für eine ambulante Psychotherapie – Patient mit GKV Karte, Rechtskreis SGB	ix
Muster 8: Anschreiben Gesetzliche Krankenkasse zur pro forma Beantragung der Übernahme von Dolmetscher*inkosten für Psychotherapie.....	xi
Muster 9: Rechnungsmuster für Sprechstunde und Probatorik und Dolmetscher*inkosten- Patient*in hat keine GKV Karte.....	xiii
Muster 10: Rechnungsmuster Dolmetscher*inkosten - Patient*in in GKV.....	xiv
Muster 11: Rechnung: nur Dolmetscher*inkosten für Sprechstunde und Probatorik; Patient*in ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, aber mit GKV Karte.....	xivi

Muster 1: Rechnungsmuster für Sprechstunde und Probatorik - Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz - (keine GKV Karte)

<Anschrift Praxis>

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
Sachgebiet 500511 Krankenhilfeabrechnung
Homburgerstraße 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den,

Rechnung für <Anzahl der Sitzungen> Sprechstundensitzungen und 4 probatorischen Sitzungen

Name:
Geburtsdatum: <Name der Patient*in,>
Anschrift: <Datum>
<Adresse der Patient*in>

Sehr geehrter Herr/Frau <Name/n>,

für obigen Patienten wurden folgende Leistungen erbracht: XX Sprechstundensitzungen und XX probatorische Sitzungen mit Unterstützung an folgenden Terminen

Behandlungsdatum	Art der Maßnahme	Dauer	Kosten Psychotherapeut*in
	35152)		XX€
	35151)	050 Minuten	XX€
		050 Minuten	
	351503)	050 Minuten	XX€
Summe			€

- 1) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.
- 2) Ziffer: 35151- Psychotherapeutische Sprechstunden. Seit 01.04.2017 müssen neben den probatorischen Sitzungen, mindestens zwei Psychotherapeutische Sprechstunden Termine stattgefunden haben, um die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung abzuklären.
- 3) Ziffer: 35150 Probatorische Sitzungen

Gesamtrechnungsbetrag: €

Diagnose:

ICD 10:

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb von 14 Tagen auf das Konto:

IBAN: <IBAN einfügen>, Swift/BIC: <BIC einfügen>, <Name der Bank>

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Anschrift der Psychotherapeut*in>

Muster 2: Antrag des Therapeuten auf Kostenübernahme psychotherapeutischer Leistungen - Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz (keine GKV Karte)

<Anschrift Praxis>

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
500510 Materielle Leistungen und Maßnahmenmanagement Geflüchtete
Name des Sachbearbeiters*in
Homburgerstr. 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Gewährung von verhaltenstherapeutischer Behandlung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz

Sehr geehrte Frau/Herr

unten die allgemeinen Angaben zum Patient*in. Ein Befundbericht ist aus datenschutzrechtlichen Gründen, in einem verschlossenen Umschlag an das Gesundheitsamt, zu Händen Frau Dr. Hirsekorn, beigelegt. Ebenfalls der Bogen mit der Unterschrift des Patient*in.

Angaben über die Patientin/den Patienten

Frau/Herr <Name der Patient*in>,
geb.: <Geburtsdatum>, in: <Geburtsort>,
wohnhaft: <Anschrift der Patient*in>

II. A II. Angaben über die Behandlung

- ☐ **Art der vorhergesehenen Therapie:** XX Sitzungen (Verhaltens) (Tiefenpsychologische) Therapie in Einzelsitzungen
- ☐ **Datum des Therapiebeginns:** XX.YY.20ZZ
- ☐ **Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen:** insgesamt XX Std. Einzeltherapie, bei wöchentlicher Frequenz
- ☐ **Abgeschlossene Sprechstunde / Probatorik**
- ☐

Mit freundlichen Grüßen

<Name des Therapeuten>

Stempel

Anlagen:

- Konsiliarbericht
- Befundbericht des Therapeuten*in im verschlossenen Umschlag → Adressat Gesundheitsamt zu Händen Frau Dr. Hirsekorn
- Antrag des Patienten

Muster 3: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme von psychotherapeutischen Sitzungen – Rechtskreis AsylbLG – Patient hat keine GKV Karte

<Anschrift der Patient*in>
Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
500511 Materielle Leistungen und Maßnahmemanagement Geflüchtete
Homburgerstr. 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine ambulante Psychotherapie EBM Ziffern < KZT Ziffern oder LZT Ziffern> nach § 4 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für

eine ambulante psychotherapeutischen Behandlung für mich, <Name des Patienten>, geb.: <Geburtsdatum der Patient*in>

Wie dem beiliegenden Befund von Frau/Herr Dr. <Name der Psychiater*in/Behandler*in>, <Anschrift der Psychiater*in/Behandler*in> zu entnehmen ist, wurde bei mir eine
<Diagnose>, festgestellt. Die dringende Notwendigkeit der Psychotherapie wird dadurch deutlich.

Es liegt ein Antrag mit einem konkreten Behandlungsplan meines Behandlers bei.

Bitte teilen Sie meiner Psychotherapeutin mit, welche weiteren Unterlagen Sie für eine Entscheidung benötigen. Da es sehr schwer ist, geeignete Therapeuten zu finden und derzeit bei <Name des Behandlers>, durch Unterstützung von XX, ein Behandlungsplatz frei ist, wäre ich sehr dankbar, wenn Sie kurzfristig entscheiden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

<Name des Patienten>

Anlage: Antrag des PT auf Übernahme der KZT /LZT Behandlung **siehe Muster 2**

Muster 4: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme Sprechstunde / Probatorische Sitzungen mit Dolmetscherkosten – Rechtskreis AsylbLG – Patient hat keine GKV Karte

Antrag kann nach Abschluss der Probatorik zusammen mit der Rechnung eingereicht werden

*Anschrift der Patient*in>*

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
500511 Krankenhilfeabrechnung, Landesaufnahmegesetz,
Unterbringungsgebühren
Homburger Straße 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Übernahme der Dolmetscherkosten für EBM Ziffern 35151 (Sprechstunde) und 35150 (Probatorik) nach § 4 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren

*hiermit beantrage ich die Kostenübernahme der Dolmetscherkosten für mich, <Name des Patienten>, geb.: <Geburtsdatum der Patient*in>*

*Wie beiliegendem Befund von Frau/Herr Dr. <Name der Psychiater*in/Behandler*in> <Anschrift der Psychiater*in/Behandler*in> zu entnehmen, wurde bei mir eine<Diagnose>, festgestellt. Die dringende Notwendigkeit der Psychotherapie wird dadurch deutlich.*

*Ich bitte daher um eine Kostenübernahme für die Dolmetscherkosten bei <Name der Behandler*in>, zunächst entsprechend den GKV Leistungen von 2 Sprechstunden, die seit dem 01.04.2017 vom Gesetzgeber den probatorischen Sitzungen vorgeschaltet werden müssen, sowie 4 probatorischen Sitzungen. Im Anschluss erfolgt dann ggf. ein konkreter Behandlungsplan für eine psychotherapeutische Behandlung durch meine/n Psychotherapeuten.*

Da meine Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um eine Psychotherapie erfolgreich durchzuführen, bitte ich um die Bewilligung von Dolmetscherkosten für die genannten Behandlungssitzungen. Für eine Dolmetscherstunde entstehen Kosten in Höhe von 30 € pro Stunde, nach den Kostenregelungen von wif e.V. Die Suche nach einem muttersprachlichen Psychotherapeuten war leider erfolglos.

Bitte teilen Sie meiner Psychotherapeutin mit, welche weiteren Unterlagen Sie ggf. für eine Entscheidung benötigen. Da es sehr schwer ist, geeignete Therapeuten zu finden und derzeit bei <Name des Behandlers>, durch Unterstützung von XX, ein Behandlungsplatz frei ist, wäre ich sehr dankbar wenn Sie kurzfristig entscheiden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

<Name des Patienten>

Muster 5: Antrag des Patienten auf Kostenübernahme von psychotherapeutischen Sitzungen mit Dolmetscherkosten – Rechtskreis Asylbewerberleistungsgesetz

<Anschrift der Patient*in>

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
500511 Krankenhilfeabrechnung, Landesaufnahmegesetz,
Unterbringungsgebühren
Homburger Straße 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Übernahme der Dolmetscher/Sprachmittlerkosten für eine ambulante Psychotherapie EBM Ziffern < KZT Ziffern oder LZT Ziffern> nach § 4 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz

Sehr geehrte Damen Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für

eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und der Dolmetscherkosten für mich, <Name des Patienten>, geb.: <Geburtsdatum der Patient*in>

Wie dem beiliegenden Befund

Wie dem beiliegenden Wie dem beiliegenden Befund von Frau/Herr Dr. <Name der Psychiater*in/Behandler*in>, <Anschrift der Psychiater*in/Behandler*> zu entnehmen ist, wurde bei mir eine <Diagnose>, festgestellt. Die dringende Notwendigkeit der Psychotherapie wird dadurch deutlich.

Es liegt ein Antrag mit einem konkreten Behandlungsplan meines Behandlers bei.

Da meine Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um eine Psychotherapie erfolgreich durchzuführen, bitte ich um die Bewilligung von Dolmetscherkosten für die oben genannten Behandlungssitzungen. Es war mir nicht möglich einen muttersprachlichen Behandler zu finden. Für eine Dolmetscherstunde entstehen Kosten in Höhe von <Höhe des Honorars> pro Stunde, < ggf. nach den Kostenregelungen von wif e.V.>

Bitte teilen Sie meiner Psychotherapeutin mit, welche weiteren Unterlagen Sie ggf. für eine Entscheidung benötigen. Da es sehr schwer ist, geeignete Therapeuten zu finden und derzeit bei bei Name des Behandlers, durch Unterstützung von XX, ein Behandlungsplatz frei ist, wäre ich sehr dankbar, wenn Sie kurzfristig entscheiden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

<Name des Patienten>

Anlage: Antrag des PT auf Übernahme der KZT /LZT Behandlung **siehe Muster 2**

Muster 6: Antrag des Versicherten auf Kostenübernahme von Dolmetscherkosten für Sprechstunde/Probatorik – Patient ist gesetzlich krankenversichert, SGB II, SGB X, SGB XII, Jugendhilfe

Herr /Frau

Name des Patienten

Adresse

Bei Patienten im SGB II Bezug

Sozialleistungs- und Jobcenter
Leistungssachbearbeitung
Konradiner Allee 11
65197 Wiesbaden

Bei Kindern und Jugendlichen

Amt für Soziale Arbeit
510307 WiJu umA
Homburger Straße 29
65197 Wiesbaden

Bei Patienten im SGB XII

Bezug

Sozialleistungs- und Jobcenter
Sozialhilfe
Konradiner Allee 11
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Übernahme der Sprachmittlerkosten für EBM Ziffern 35151 (Sprechstunde) und 35150 (Probatorik)

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme von Sprachmittler Kosten für mich, < Name des Patienten>, zur Abklärung einer eventuell vorliegenden, behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Da meine Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um über meine psychischen Probleme zu sprechen, bitte ich um die Bewilligung von Sprachmittler Kosten für die oben aufgeführten Sitzungen.

Es war mir nicht möglich einen muttersprachlichen Psychotherapeuten zu finden.

Für Dolmetscherstunde entstehen Kosten in Höhe von < XX €/h >.

Bitte teilen Sie meinem Behandler/in mit, welche weiteren Unterlagen Sie ggf. für eine Entscheidung benötigen.

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Unterschrift der Antragssteller*in>

Muster 7: Antrag des Versicherten auf Kostenübernahme von Dolmetscherkosten für eine ambulante Psychotherapie – Patient ist gesetzlich krankenversichert, Rechtskreis SGB II, SGB X, SGB XII, Jugendhilfe

Frau/Herr

Name des Patienten

Adresse

Bei Patienten im SGB II Bezug

Sozialleistungs- und Jobcenter
Konradiner Allee 11
65197 Wiesbaden

Bei Kindern und Jugendlichen

Amt für Soziale Arbeit
510307 WiJu UmA
Homburger Straße 29
65197 Wiesbaden

Bei Patienten im SGB XII Bezug

Sozialleistungs- und
Jobcenter
Sozialhilfe
Konradiner Allee 11
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Antrag auf Übernahme der Sprachmittler Kosten für ambulante Psychotherapie

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme von Sprachmittler Kosten für mich/mein Kind <Name des Patienten>, zur Durchführung, bzw. Weiterführung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung.

Wie dem beiliegenden Anerkennungsbescheid der <Name der GKV> zur Übernahme von <Anzahl der bewilligten Sitzungen> bei Frau/Herrn <Name des Therapeut*in> zu entnehmen ist, sind nach <bei LZT gutachterlicher> Prüfung, unter Beachtung des § 70 SGB V, die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß Psychotherapie-Richtlinien erfüllt.

Da meine Sprachkenntnisse nicht ausreichen, um eine Psychotherapie erfolgreich durchzuführen, bitte ich um die Bewilligung von Sprachmittler Kosten für die oben aufgeführten Behandlungssitzungen. Zunächst für <Anzahl der Sitzungen> Sitzungen.

Es war mir nicht möglich, einen muttersprachlichen Psychotherapeuten zu finden.

Der Bewilligungsbescheid der Gesetzlichen Krankenkasse liegt in Kopie bei. Für eine Dolmetscherstunde entstehen Kosten in Höhe von 30 €/h nach den Kostenregelungen des Vereins wif e.V.

*Bitte teilen Sie meinem Behandler/in mit, welche weiteren Unterlagen Sie ggf. für eine Entscheidung benötigen.
Laut Auskunft von Frau Dr. Hirsekorn, schließt sich das Gesundheitsamt den Stellungnahmen durch die Gesetzlichen Krankenkassen, regelhaft an.*

Zusatz bei KZT i KZT 1:

*Da es sehr schwer ist, geeignete Therapeuten für eine Psychotherapie mit Dolmetscher zu finden und derzeit bei
<Name des Therapeut*in>, ein Behandlungsplatz frei ist, wäre ich sehr dankbar, wenn Sie kurzfristig entscheiden
könnten.*

*Mit freundlichen Grüßen
<Name und Unterschrift der Antragssteller*in>*

Anlagen:

- *Bewilligungsbescheid der Gesetzlichen Krankenversicherung*
- *Ablehnungsbescheid des GKV zur Übernahme der Dolmetscherkosten*

Muster 8: Anschreiben Gesetzliche Krankenkasse zur pro forma Beantragung der Übernahme von Dolmetscherkosten für Psychotherapie

<Name und Anschrift der
Gesetzlichen Krankenversicherung>

Wiesbaden den, <Datum der Antragsstellung>

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr

Ihre Versicherte <Name des Patienten>, <Versicherungsnummer>

hat sich bei mir vorgestellt. Es besteht eine Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung.

(Ein Bewilligungsbescheid KZT / LZT, <X> Leistungen nach EMB Nr. X., vom XX liegt mir vor.)

Da <Name des Patienten> nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt, benötigen wir einen Dolmetscher, um die Behandlung durchführen zu können.

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die Dolmetscherkosten in Höhe von <Höhe des Dolmetscherhonorars> pro Sitzung. Mir ist bekannt, dass GKV's grundsätzlich keine Dolmetscherkosten übernehmen dürfen. Diese Aussage brauche ich jedoch schriftlich, um die Kosten an anderer Stelle geltend machen zu können. Über eine zeitnahe formlose Antwort, gerne an die Faxnummer XX, wären Ihr Versicherter und ich sehr dankbar.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

<Name des PT>

Stempel

Muster 9: Rechnungsmuster für Sprechstunde und Probatorik mit Dolmetscherkosten – Patient*in hat keine GKV Karte

<Anschrift Praxis>

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
Sachgebiet 500511 Krankenhilfeabrechnung, Landesaufnahmegesetz,
Unterbringungsgebühren
Homburgerstraße 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den,

Rechnung für <Anzahl der Sitzungen> Sprechstundensitzungen und 4 probatorischen Sitzungen - mit Dolmetscher

Name: <Name der Patient*in,>
Geburtsdatum: <Datum>
Anschrift: <Adresse der Patient*in>

Sehr geehrter Herr/Frau <Name/n>,

für obigen Patienten wurden folgende Leistungen erbracht: XX Sprechstundensitzungen und XX probatorische Sitzungen mit Unterstützung durch eine Dolmetscherin/Sprachmittlerin an folgenden Terminen:

Behandlungsdatum	Art der Maßnahme EBM Ziffern ¹⁾	Dauer	Kosten Psychotherapeut*in	Kosten Dolmetscher ⁴⁾
Summe				

4) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

5) Ziffer: 35151- Psychotherapeutische Sprechstunden. Seit 01.04.2017 müssen neben den probatorischen Sitzungen, mindestens zwei Psychotherapeutische Sprechstunden Termine stattgefunden haben, um die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung abzuklären.

6) Ziffer: 35150 Probatorische Sitzungen

7) Die Dolmetscherkosten von 30 € orientieren sich an den Stundensätzen wif e.V

Gesamtrechnungsbetrag: €

Diagnose:

ICD 10:

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb von 14 Tagen auf das Konto:

IBAN: <IBAN einfügen>, Swift/BIC: <BIC ein C einfügen>, <Name der Bank>

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Anschrift der Psychotherapeut*in>

Muster 10: Rechnungsmuster Dolmetscherkosten - Patient*in ist GKV versichert SGB II

Name der Praxis

Sozialleistungs- und Jobcenter
Kommunales Jobcenter
Konradiner Allee 11
65197 Wiesbaden
Zu Händen des zuständigen Sachbearbeiters

Wiesbaden, den

Rechnung für Dolmetscherleistungen für verhaltenstherapeutische Sitzungen, EBM Ziffer < 23222, 35421, 35422>, siehe Bewilligung der <Name der GKV> vom <Datum des Bewilligungsbescheids der GKV>

Name:	<Name der Patient*in,>
Geburtsdatum:	<Datum>
Anschrift:	<Adresse der Patient*in>

Sehr geehrter Herr/Frau,

für obigen Patienten wurden <Sprechstunden/Probatorik/psychotherapeutische> Leistungen erbracht. Die Kosten für die < Sprechstunden/Probatorik/psychotherapeutischen> Sitzungen sind/werden mit der GKK abgerechnet. Die Kosten für die sprachliche Vermittlung durch eine Dolmetscherin, <nach den Sätzen von wif e.V. 30 € für 60 Minuten oder anderes zutreffendes>, stelle ich hiermit in Rechnung.

Der Bewilligungsbescheid der GKV über zunächst XX Sitzungen, EBM Ziffer, liegt bei.

Behandlungsdatum EBM Ziffer	Dauer	Dolmetscherkosten
-----------------------------	-------	-------------------

Summen: €

Gesamtrechnungsbetrag: €

Diagnose:

ICD 10:

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb von 14 Tagen auf das Konto:
IBAN: Swift/BIC:

Mit freundlichen Grüßen

Stempel

Anlage: Kostenzusage GKV vom XX – nur bei Psychotherapieziiffern

Muster 11: Rechnung: nur Dolmetscherkosten für Sprechstunde und Probatorik; Patient*in im AsylbLG Bezug oder SGB XI, aber mit GKV Karte

<Anschrift Praxis>

Landeshauptstadt Wiesbaden
-Der Magistrat-
Sozialleistungs- und Jobcenter
Sachgebiet 500115 Krankenhilfeabrechnung
Homburgerstraße 29
65197 Wiesbaden

Wiesbaden den, <Datum>

Rechnung Dolmetscherkosten

Für <Name des Patienten>, geb.: wohnhaft:

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr,

für obigen Patienten wurden folgende Leistungen erbracht: XX Psychotherapeutische Sprechstunden und XX probatorische Sitzungen jeweils mit Unterstützung durch eine Dolmetscherin/Sprachmittlerin an folgenden Terminen:

Behandlungsdatum	Art der Maßnahme	EBM Ziffer	Dauer	Kosten Dolmetscher
	PT Sprechstunde	35151	060 Minuten	30€
	Probatorische Sitzung	35150	060 Minuten	30€
Summe				€

Die Kosten für die Sprechstundenziffern und probatorischen Sitzungen trägt die <Name der GKV des Patienten>.

Wie dem beiliegenden Konsiliarbericht zu entnehmen ist, wurde bei <Name des Patienten> eine <Diagnose>, festgestellt.

Diagnose:

ICD 10:

Da die Sprachkenntnisse des Patienten nicht ausreichen, um seine psychische Situation verständlich darzustellen, stelle ich die angefallenen Dolmetscherkosten, zunächst entsprechend den GKV Leistungen von <Anzahl> Sprechstunden Sitzungen, die seit dem 01.04.2017 vom Gesetzgeber den probatorischen Sitzungen vorgeschaltet werden müssen, sowie <Anzahl> probatorischen Sitzungen, in Rechnung. Laut Aussage des Gesundheitsamts, Frau Dr. Hirsekorn, ist für die Kostenerstattung der sprachlichen Vermittlung, im Rahmen der Probatorik ein vorheriger Antrag auf Kostenübernahme nicht notwendig.

Für eine Dolmetscherstunde sind Kosten in Höhe von XX € pro Stunde entstanden.

Bitte überweisen Sie diesen Betrag innerhalb von 14 Tagen auf das Konto:

IBAN: <IBAN einfügen>, Swift/BIC: <BIC einfügen>, <Name der Bank>

Mit freundlichen Grüßen

<Name und Anschrift der Psychotherapeut*in>

Anlage: Kurzer Befundbericht oder Konsiliarbericht

Literatur

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2017). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*, 3. aktualisierte Auflage.

Classen, G. (2011). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge*. Abrufbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf.

Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. Schwerpunkt Traumatisierte Flüchtlinge: Diagnostik und Therapie. Jg.14/2016/Heft 1.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2017). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*, 3. aktualisierte Auflage.

Classen, G. (2011). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge*. Abrufbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf.

Links

Wiesbaden

Beratungsstelle für traumatisierte Geflüchtete – NeW:

<https://www.new-wiesbaden.de/>

Wiesbadener Psychosoziales Netz für Menschen mit Flucht und Migrationserfahrung

<https://wipso-net.de/>

Hessen

Flüchtlingsrat Hessen: <http://fluechtlingsrat-hessen.de/>

Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.: <http://www.fatra-ev.de/>

Bundesgebiet

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

www.bamf.de

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.):

www.baff-zentren.org

Gesundheit für Geflüchtete – Informationsportal von Medibüros / Medinetzen
(Leistungsanspruch und – umfang (§§ 4,6 AsylbLG):

www.gesundheit-gefluechtete.info

Bundespsychotherapeutenkammer: www.bptk.de

ZIP- Zentrum für Integrative Psychiatrie. Flucht & Trauma Ein multiprofessionelles Behandlung
sangebot für psychisch erkrankte Flüchtlinge:

<http://news.eformation.de/client/media/193/data/30547.pdf>

Zeitschrift Verhaltenstherapie. Psychische Störungen bei Flüchtlingen. 2016; 291-294

www.karger.com/Article/Pdf/452922

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheil-
kunde

www.dgppn.de

Interview mit der Trauma-Expertin der Charité Berlin Dr. Schouler-Ocak

www.gesundheitsstadt-berlin.de/fluechtlinge-haben-schreckliche-dinge-erlebt-7250/