

An:

Ort, Datum

**Antrag auf Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung**

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich bei mehreren niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten erfolglos versucht habe, einen Therapieplatz zu erhalten. Die von mir angefragten Therapeuten konnten mir entweder gar keinen Therapieplatz anbieten oder haben eine Wartezeit von mindestens 3 bis 6 Monaten bis zum Therapiebeginn.

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeuten:

|    | Name, | Datum, | Uhrzeit des Telefonats, | Wartezeit Therapiebeginn |
|----|-------|--------|-------------------------|--------------------------|
| 1) | _____ | _____  | _____                   | _____                    |
| 2) | _____ | _____  | _____                   | _____                    |
| 3) | _____ | _____  | _____                   | _____                    |
| 4) | _____ | _____  | _____                   | _____                    |
| 5) | _____ | _____  | _____                   | _____                    |

Mit freundlichen Grüßen