

## ANTRAG AUF KOSTENZUSCHUSS

wegen Inanspruchnahme einer freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeutin eines freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeuten. Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für die österreichischen Krankenversicherungsträger

17. Dez. 2025

An die  
KFA, Schlesingerplatz 5 1080. Wien

|                                                                           |  |                     |    |    |      |
|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|----|----|------|
| Familienname Patient(in) Vorname                                          |  | Versicherungsnummer |    |    |      |
| Sarah Luef                                                                |  | 3507                | 28 | 12 | 1998 |
|                                                                           |  | Tag Monat Jahr      |    |    |      |
| Anschrift                                                                 |  |                     |    |    |      |
| <del>Hasnerstraße 124b, Wien, 1100</del> <b>Leesdorfer Hauptstraße 30</b> |  |                     |    |    |      |
| Mitversichert bei                                                         |  | Versicherungsnummer |    |    |      |
| <b>Top 1, 2500 BADEN</b>                                                  |  |                     |    |    |      |
|                                                                           |  | Tag Monat Jahr      |    |    |      |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)                                  |  |                     |    |    |      |
| <b>Wiener Gesundheitsverbund (Stadt WIEN)</b>                             |  |                     |    |    |      |

Krankenfürsorgeanstalt  
der Bediensteten der Stadt Wien  
Ich beantrage die  
grundsätzliche Gewährung von  
Kostenzuschüssen für die  
Weiterführung der Therapie lt.  
umseitiger Angaben

**16.12.25** *P. Luef*  
Datum und Unterschrift des  
Patienten / der Patientin

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!  
Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Kasse leistet Kostenzuschüsse für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung aufgrund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

Kostenzuschüsse für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann gewährt, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben aufgrund dieses Antrages die grundsätzliche Weitergewährung des Kostenzuschusses (Bewilligung) zugesagt hat. Weitere Voraussetzung ist die Vorlage entsprechender detaillierter Honorarnoten (entsprechende Auskünfte erteilt Ihre Kasse bzw. der/die behandelnde Psychotherapeut(in)). Aufgrund der Angaben des Fragebogens wird es Ihrem Krankenversicherungsträger ermöglicht, die grundsätzliche Gewährung des Kostenzuschusses für (maximal) 50 weitere Sitzungen zuzusagen.

Nach diesen (maximal) 50 weiteren Sitzungen ist allenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. dieses Formular neuerlich auszufüllen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Kostenzuschüsse nur für jene weiteren Sitzungen gewährt werden, die vor der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind.

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip herrscht, obliegt es dem/der Patienten(in) (Versicherten), jene Informationen zu erteilen bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Diese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Auftrag des/der Patienten(in) vom/ von der behandelnden Psychotherapeuten(in) mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll vom/von der behandelnden Psychotherapeuten(in) ausgefüllt sowie vom/von der Therapeuten(in) und vom/ von der Patienten(in) unterschrieben werden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruches und schafft die Möglichkeit einer österreichweit einheitlichen und unkomplizierten Vorgangsweise.

Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der Kasse hinsichtlich der Gewährung des Kostenzuschusses zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen ein Kostenzuschuss geleistet werden kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihre(n) Psychotherapeuten(in), direkt den medizinischen Dienst Ihres Krankenversicherungsträgers zu kontaktieren.

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich des Krankenversicherungsträgers streng vertraulich behandelt werden.

Mit Dank für die Mithilfe.

Ihr Krankenversicherungsträger

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten ersucht Sie hinsichtlich des geplanten/bisherigen Therapieverlaufes um folgende Angaben:

**Vertraulich!**  
**Von der Psychotherapeutin/  
vom Psychotherapeuten  
auszufüllen!**

Behandelnde(r) Psychotherapeut(in):  
Ing. Natascha Ditha Berger, MSc  
VPNr: 10660  
Nippongasse 10/4  
1220, Wien

1. Welche Störungen werden behandelt?

(ICD 9 290-319 vierstellig oder verbal eindeutige Zuordnung)

F60.3 - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung

2. Angaben zur Intensität der Störung zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit:

*Kurze Stellungnahme:*

Bedürfnis nach Selbstverletzung ist drängend. Spital hat sie mit Medikamenten versorgt und nicht aufgenommen, in Psychotherapie und ambulante Behandlung verwiesen. kPTBS

3. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes seit Therapiebeginn (keine Therapieinhalte!):<sup>1)</sup>

4. Vorgesehene Methode. Allenfalls besondere Anmerkung zum Einsatz der Methoden:<sup>2)</sup>

Vorgesehene Methode: Integrative Therapie

Anmerkungen: + Traumatherapie

5. Vorgesehene Sitzungsform <sup>3)</sup>

☒ Einzel 50 Min.

☐ Gruppe 90 Min.



.....

6a. (Lt. Angabe des Patienten) Wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?

k.A. ....

6b. Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden 2. ....

bzw. seit wann haben Sitzungen stattgefunden und in welcher Frequenz?  
November 25. ....

6c. Wie viele weitere Sitzungen sind im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlung voraussichtlich notwendig? 120. ....

7. Für wie viele weitere Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt? 120

8. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? 1-2 wöchentlich. ....

9. Anmerkungen: 7.: 50 - das pdf trägt bei 6c+7 die gleiche Zahl ein und ändert immer beide.

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der  
Krankenbehandlung zweckmäßig ist  
Ing. Natascha Ditha BERGER, MSc  
Psychotherapeutin (Integrative Therapie)



+43 664 25 75 515

Nippongasse 10, 1220 Wien

~~Natascha Ditha Berger, MSc, Psychotherapeutin~~

1) Nicht für Erstanträge nach 10 Sitzungen auszufüllen, nur für Folgeanträge vorgesehen.

2) Nur dann auszufüllen, wenn die Anmerkungen für den Krankenversicherungsträger eine Entscheidungshilfe bieten können.

3) Zutreffendes bitte ankreuzen!

**C. Vom Chefärztlichen Dienst der KFA auszufüllen:**

Luef\_Sarah\_3507281298

Mitglied, Vorname, Nachname, SVNR, Geburtsdatum

1. ☐ Bewilligung

2. ☐ Ablehnung

3. ☒ Befunde nachfordern:

☐ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie

☐ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

20260113: Vollständiger Antrag mit Angaben zu den Fragestellungen wie im aktuellen Antragsformular der KFA für korrekte Beurteilung erforderlich.

4. ☐ Patientin/Patient vorladen

Krankenfürsorgeanstalt  
der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)  
Schlesingerplatz 5, A-1080 Wien | Postfach 0054 13.01.20



Krankenfürsorgeanstalt  
der Bediensteten der  
Stadt Wien

Kontakt Angelegenheit Psychotherapie:  
Tel: +43 (0)1 40436-46900  
E-Mail: [psychotherapiereferat@kfawien.at](mailto:psychotherapiereferat@kfawien.at)  
Web: [www.kfawien.at](http://www.kfawien.at)

Stempel des Vertragsvereins

## ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE INANSPRUCHNAHME EINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

- ☐ Erstantrag
- ☐ Folgeantrag

|                                                                                                                                              |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Patientin/Patient:</b><br>Vorname, Nachname                                                                                               | <b>SVNr., Geburtsdatum (6-stellig)</b> |
| <b>Anschrift:</b><br>Straße:<br><br>PLZ, Ort:                                                                                                |                                        |
| <b>Telefonnummer tagsüber:</b>                                                                                                               |                                        |
| <b>Versicherte/r:</b><br>Vorname, Nachname                                                                                                   | <b>SVNr., Geburtsdatum (6-stellig)</b> |
| <b>Beschäftigt bei:</b>                                                                                                                      |                                        |
| <b>Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten:</b>                                                                                   |                                        |
| <b>Name der Psychotherapeutin/<br/>des Psychotherapeuten:</b><br><br><b>Praxisadresse:</b><br>Straße:<br><br>PLZ, Ort:<br><br>Telefonnummer: |                                        |

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!  
Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht, soll die Psychotherapie die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherstellen, festigen oder verbessern. Diese Behandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Es obliegt der KFA Wien sowie den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass es sich bei der geplanten Behandlung um eine Krankenbehandlung handelt.

Vor Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine ärztliche Bestätigung von Ihrer/m Fach- oder Hausärzt\*in erforderlich.

**Eine Kostenübernahme oder ein Kostenzuschuss für die psychotherapeutische Krankenbehandlung ab der 11. Sitzung kann nur dann zugesagt werden, wenn die Bewilligung seitens der KFA eingeholt worden ist.**

Das Formular ist ausgefüllt so an uns zu übermitteln, dass es rechtzeitig (ca. 2 Wochen vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung oder vor Ausschöpfen der bereits bewilligten Stunden) bei uns einlangt.

Die Überprüfung der Erfüllung aller Voraussetzungen erfolgt aufgrund der Angaben auf diesem Formular. Die Beantwortung dieser Fragen ist ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung des Leistungsanspruches.

Das Formular soll von der behandelnden Psychotherapeutin bzw. vom behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt und unterschrieben werden. Ebenso ist Ihre Unterschrift als Patientin bzw. Patient erforderlich. Bei Anträgen über einen Vertragsverein ist auch der Stempel des Vertragsvereins notwendig. Die Einreichung von Anträgen über Vertragsvereine an die KFA hat ausschließlich durch den jeweiligen Verein zu erfolgen.

Eine etwaige volle Kostenübernahme ist nur bei Vertragsvereinen oder Vertragsambulatorien oder Ärzt\*innen (Diplom "Psychotherapeutische Medizin" der Österreichischen Ärztekammer), welche einen Vertrag mit der KFA-Wien abgeschlossen haben, möglich.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihre Psychotherapeutin/Ihren Psychotherapeuten, das zuständige Referat in der KFA zu kontaktieren: Per Tel: +43 (0)1 40436-46900 oder per E-Mail: [psychotherapiereferat@kfawien.at](mailto:psychotherapiereferat@kfawien.at).

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich der KFA streng vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre KFA

**A. Von der Psychotherapeutin/vom Psychotherapeuten im Auftrag der Patientin/des Patienten auszufüllen****1. Angaben zur Patientin/zum Patienten:**

1.1 Vierstellige Diagnose(n) nach ICD-10:

1.2. **GAF-Wert** (globale Erfassung des Funktionsniveaus, Einschätzung der Therapeutin/des Therapeuten zum Zeitpunkt der Antragstellung:1.3. **Berufstätigkeit:** ☐ ja ☐ nein1.4. **Laufende psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung:**☐ ja ☐ nein

Name der Fachärztin/des Facharztes:

**1.5. Aktuelle Medikation im Zusammenhang mit psychischen Störungen:**1.6. **Krankensstände im Zusammenhang mit dieser psychischen Erkrankung** binnen der letzten 2 Jahre mit Angaben zum Zeitrahmen und Diagnose/n:1.7. **Stationäre Aufenthalte innerhalb der letzten 2 Jahre in Zusammenhang mit dieser Erkrankung** mit Angabe der Gesundheitseinrichtung:

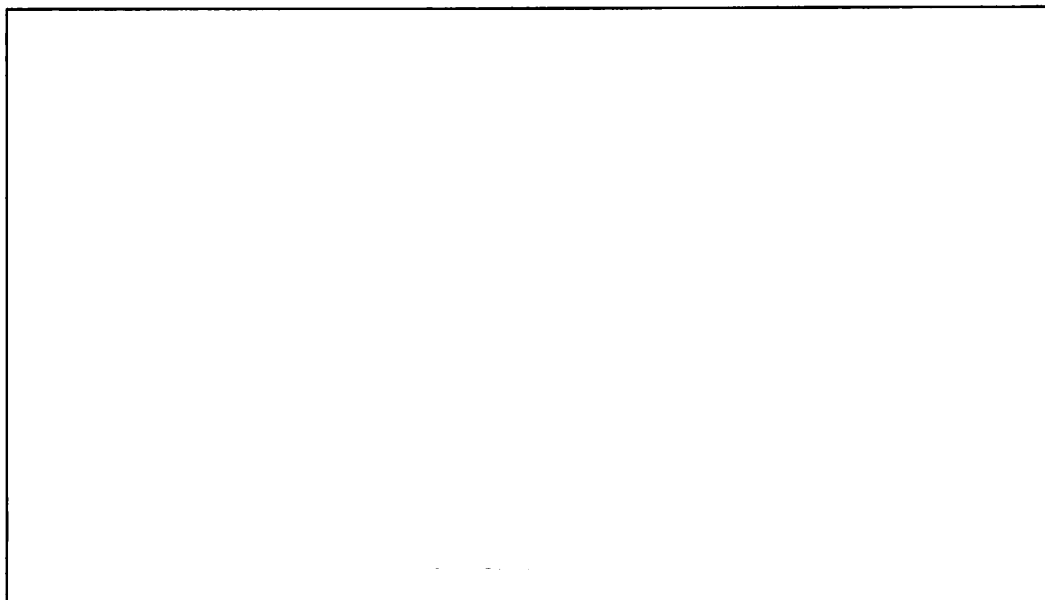
**1.8 Behandlungsbezogene Anamnese** (in Stichworten): z.B.: körperliche Erkrankungen, Krankheitsbeginn, familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse, Alkohol-, Drogen- und /oder Medikamentenabusus etc.

Bei Folgeantrag: bisheriger Therapieverlauf

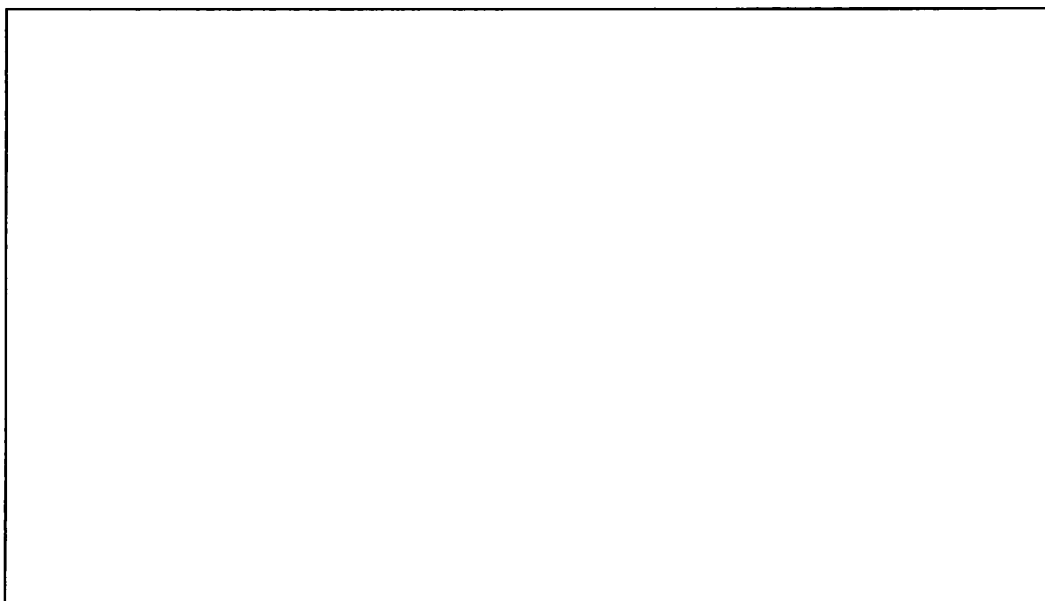
**1.9 Kurze Stellungnahme zur Intensität der Störung zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit**

## 2.0 Konkrete Therapieziele dieser Behandlung:

Bei Folgeantrag: erreichte ursprüngliche und noch offenen Ziele



## 2.1 Anmerkungen:



## B. Zur gegenständlichen Psychotherapie:

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beginn:</b> Datum der 1. Stunde                                                                                                                                                                       |                                                                                     |
| <b>Therapiemethode:</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |
| <b>Setting:</b> Einzeltherapie 50min. oder Gruppentherapie 90 min.                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <b>Frequenz:</b> z.B. einmal wöchentlich, einmal alle 14 Tage, einmal im Monat etc.                                                                                                                      |                                                                                     |
| <b>Beantragte Stundenanzahl</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <b>voraussichtliche Gesamtstundenanzahl</b>                                                                                                                                                              |                                                                                     |
| <b>Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?</b>                                                                            |                                                                                     |
| <b>Laut Angabe der Patientin/des Patienten:</b> wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden? |                                                                                     |

Anmerkung:

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der Therapeutin/des Therapeuten