

**Auskunft über die Erstattung der Kosten für Psychotherapie  
durch die Versicherungsgesellschaft**

**Name der Versicherung** \_\_\_\_\_  
**Adresse der Versicherung** \_\_\_\_\_  
**Name der/des Sachbearbeiter/in** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift / Stempel** \_\_\_\_\_

Vorname und Name (Versicherte/r) \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
eMail (für Rückantwort) \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_

Ich möchte eine psychotherapeutische Behandlung im neuro-linguistischen Verfahren (NLPT – neurolinguistische Psychotherapie) bei Frau Handan Jazbinsek, Heilpraktikerin (Psychotherapie), in Anspruch nehmen. Frau Jazbinsek rechnet die Heilleistungen nach den Gebühren 19.1 bis 19.8 der GebüH und die Honorare gemäß Behandlungsvertrag ab. Bitte geben Sie mir schriftlich verbindliche Auskunft über die unten angefragten Details unseres Vertrags. Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

a) In diesem Umfang erstatten wir Behandlungskosten für Psychotherapie bei der Heilpraktikerin (Psychotherapie)

ab frühestem Datum (wg. Karenzzeit) \_\_\_\_\_  
max. Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_  
max. Honorar je Sitzung \_\_\_\_\_ €  
max. Gesamterstattung pro Kalenderjahr \_\_\_\_\_ €

b) Wir benötigen Psychodiagnostischen Befund ( ) Psychologisches Gutachten ( ) Therapieplan ( )

1. von der behandelnden Heilpraktikerin (Psychotherapie) ( )  
Frau Handan Jazbinsek, Moltkestraße 28, 40477 Düsseldorf, zugelassen durch das Gesundheitsamt Düsseldorf  
oder  
2. vom behandelnden Arzt ( )  
Frau / Herr (Dr.) \_\_\_\_\_

c) Wir erstatten die Kosten für b) wie folgt

1. Psychodiagnostischer Befund, GebüH 19.3 bzw. GOÄ \_\_\_\_\_ €  
2. Psychologisches Gutachten, GebüH 19.4 bzw. GOÄ \_\_\_\_\_ €  
inkl. Therapieplan