

Name
Straße
PLZ, Ort

Datum

DRINGEND

Krankenkasse:
Abteilung Krankenhausbehandlung
Straße
PLZ, Ort

Antrag auf Kostenübernahme für eine Allgemeine Krankenhausbehandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei mir liegt die dringende Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V einer stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung aufgrund folgender Diagnosen vor:

- ...
- ...

Mein/e Behandler/in, Herr/Frau Dr. (Facharzt/Fachärztin für)
bestätigt diese Behandlungsnotwendigkeit – siehe bitte beiliegenden Befundbericht
und/oder Krankenseinweisungsschein.

Aufgrund folgender Umstände ist die stationäre psychiatrische/psychotherapeutische
Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus derzeit nicht realisierbar:

- ...
- Wartezeit
- Fehlende Behandlungsspezifität

Für die Dauer meiner stationären Behandlung beantrage ich hiermit die Kostenübernahme
gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag der Klinik am Waldschlößchen. Die Klinik am
Waldschlößchen ist ein nicht nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, erfüllt jedoch
die Versorgungsqualität eines zugelassenen Krankenhauses.

Ich bitte Sie um wohlwollende Prüfung und Genehmigung der stationären
psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung in der von mir gewählten Klinik am
Waldschlößchen in Dresden.

Herzlichen Dank und freundliche Grüße!

Unterschrift