

Name

Datum

Straße

PLZ, Ort

DRINGEND

Krankenkasse

Abteilung Krankenhausbehandlung

Straße

PLZ, Ort

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie telefonisch am besprochen, liegt bei mir 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 Behandlungsspezifika

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, in der eine zeitnahe Aufnahme nach telefonischer Rücksprache möglich ist.

Herzlichen Dank und freundliche Grüße!

Unterschrift