Adresse Krankenkasse

--------------------------------

--------------------------------
--------------------------------

 Ort + Datum

**Betreff: Kostenübernahme psychometrische Testverfahren ADHS im Erwachsenenalter**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die Anwendung psychometrischer Testverfahren zur Abklärung von ADHS im Erwachsenenalter. Hierbei werden die international gängigen und in der Arzneimittelrichtlinie festgelegten und in den S3-Leitlinien zu ADHS im Erwachsenenalter empfohlenen psychodiagnostischen Verfahren angewendet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vorliegen ADHS in der Kindheit** | **Probleme in der Lebensführung infolge von ADHS** | **Aktuelle psychische Belastung (Zustandsanamnese der letzten 2 Wochen)** | **Differenzielle Einschätzung von Persönlichkeitsmerkmalen zu Komorbiditäten oder Ausschlussdiagnostik** |
| Wender-Utah Ratingscale – Kurzversion (WURS-K) | Conners Scales in Selbst- und Fremdbeurteilung (CAARS-K-SB und CAARS-K-FB) | Symptom-Checklist-90 (SCL-90) | Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP) |

**Die Ergebnisse werden in Berichtsform zur Verfügung gestellt um Mitbehandlern**

1. **eine orientierende Diagnostik / ggf. Ausschlussdiagnostik zu ermöglichen**
2. **den Zugang zu leitliniengerechter Behandlung im Rahmen laufender oder geplanter Psychotherapie zu ermöglichen + ggf. unterstützender psychiatrischer Behandlung zu ermöglichen.**

**Meine Daten:**

**Name:**

**Straße:**

**PLZ:**

**Email:**

**Telefon:**

**Geburtsdatum:**

**Versichertennummer:**

**Beantragter Leistungsumfang nach GOÄ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GOÄ/GOP Position** | **Muliplikator** | **Steigerungssatz** | **Summe (einzeln)** |
| **857** Anwendung standardisierterTestverfahren | **6\*** | **2,3** | **12,17 Euro / Insg. 73,02** |
| **75** ausführlicher Bericht | **1** | **3,5** | **26,52** |
| **96** Kopien | **24** | **1,0** | **0,17 Euro/ /Insg. 4,08 Euro** |
|  |  | **INSGESAMT** | **103,26** |

Die psychometrische Testung findet über die Praxis von Dipl.-Psych. Nicolai Semmler statt. Die Praxis ist im Arztregister Hamburg eingetragen (Betriebstättennummer 023278598 /LANR 231193968).

**Die Daten der Praxis sind:**

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Psych. Nicolai Semmler
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Alter Teichweg 13
22081 Hamburg

Über eine Zusage binnen der im Patientenrechtegesetz vorgesehenen drei Wochen würde ich mich freuen.

Hochachtungsvoll

\* es werden sechs psychometrische Testverfahren angewendet, ausgewertet und als Bericht zur Verfügung gestellt.