

Antrag auf Sprachmittler/innen in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Antragsformular

AN: Psychosoziale Beratungs- und Koordinierungsstelle SEGEMI | Sprachmittlerpool | Adenauerallee 10 | 20097 Hamburg

1. Angaben zur/m Antragsteller/in

Name: _____ Berufsbezeichnung: _____

Praxisanschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Art der Einrichtung: Praxis mit KV-Zulassung Privatpraxis MVZ

Anderes, und zwar: _____

Art der Tätigkeit: Selbständig Angestellt

Ausbildungsstatus (falls noch in Ausbildung befindlich): Psychotherapeut/in in Ausbildung
 Arzt/Ärztin in Weiterbildung zur/zum
Facharzt/-ärztin,
Gebiet: _____

2. Angaben zum Einsatzkontext

Kontext:

- Psychotherapie
 Psychiatrische Behandlung

Patientengruppe:

- Erwachsene
 Kinder- und Jugendliche

Vertieftes Verfahren (entfällt bei der psychiatrischen Behandlung):

- Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Psychoanalyse

Ich beantrage eine/n Sprachmittler/In für folgende Behandlung:

- Psychotherapeutische Sprechstunde (bis zu 6 Termine à 25 Minuten; KJP: 10 Termine à 25 Minuten)
 Akutbehandlung (bis zu 24 Sitzungen à 25 Minuten / 12 Sitzungen à 50 Minuten)
 Probatorische Sitzungen (bis zu 4 Sitzungen à 50 Minuten; KJP: bis zu 6 Sitzungen à 50 Minuten)
 Kurzzeittherapie 1 (bis zu 12 Sitzungen à 50 Minuten)
 Kurzzeittherapie 2 (bis zu 12 Sitzungen à 50 Minuten)
 Langzeittherapie (bis zu 60 Sitzungen à 50 Minuten; Psychoanalyse: Bis zu 160 Sitzungen)
 Gespräche mit Bezugspersonen im Rahmen von KJP /Anzahl Termine: _____
 Verlängerung (bitte spezifizieren): _____
 Ambulante Psychiatrische Behandlung / Anzahl geplante Termine: _____

3. Angaben zur/zum Patienten/in

Patientenchiffre:

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

(Hinweis: Die Chiffre setzt

Sich aus dem ersten Buchstaben des Nachnamens sowie dem Geburtsdatum des Patienten zusammen. Beispiel: Herr Mustermann, geb. 06.02.1967 wird zu M060267)

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Herkunftsland: _____

Behandlungsdiagnose(n): _____

Versichert über: AsylbLG GKV, Name: _____

nicht versichert Privat, Name: _____

anderes, und zwar: _____

4. Angaben zur/zum Sprachmittler/in

Gewünschte Fremdsprache(n): _____

Gewünschtes Geschlecht: weiblich männlich keine Präferenz

Zeitliche Präferenz(en): Mo: vormittags mittags nachmittags abends

Di: vormittags mittags nachmittags abends

Mi: vormittags mittags nachmittags abends

Do: vormittags mittags nachmittags abends

Fr: vormittags mittags nachmittags abends

Sa: vormittags mittags nachmittags abends

Zusätzliche Hinweise: _____

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

Antragsdatum

--

Stempel

Unterschrift

Bei Fragen finden Sie Hinweise zum Antragsverfahren unter www.segemi.org/sprachmittlerpool oder wenden Sie sich direkt an die Psychosoziale Beratungs- und Koordinierungsstelle SEGEMI (Adenauerallee 10 | 20097 Hamburg | sprachmittler@segemi.org)