Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 11

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

_____ , _____

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

☐ Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

☐ Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

ICD-10 - GM endstellig _____ ICD-10 - GM endstellig _____ ICD-10 - GM endstellig _____

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) ***(im Klartext)***, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

_____

_____

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

☐ keine Maßnahme notwendig

☐ Präventionsmaßnahme

☐ ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

☐ stationäre Behandlung

- ☐ Krankenhausbehandlung
- ☐ Rehabilitation

☐ andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

☐ Abklärung beim
- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt für _____

☐ ambulante Psychotherapie

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

_____

_____

_____

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin ***(Datum, Uhrzeit)***

_____ , _____ : _____

Ausstellungsdatum

_____

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

_____

Straße

_____

PLZ _____ Ort _____

Datum

_____

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten