

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

## Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund  
und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Information 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 endständig      ICD-10 - GM endständig      ICD-10 - GM endständig

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

---



---



---

### Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

- keine Maßnahme notwendig
- Präventionsmaßnahme
- ambulante Psychotherapie
  - Analytische Psychotherapie
  - Systemische Therapie
  - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - Verhaltenstherapie

- hausärztliche Abklärung  
Fachgebiet \_\_\_\_\_
- fachärztliche Abklärung \_\_\_\_\_
- ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung
- stationäre Behandlung
- Krankenhausbehandlung
- Rehabilitation
- andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

---



---



---

### Ihr nächster Termin

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

Datum

Uhrzeit

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ :

Weitervermittlung

zeitnah erforderlich

### Erklärung Patient\*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:

Name mit behandelnde\*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient\*in,  
ggf. der gesetzlichen Vertreter\*innen

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

PRF.NR.  
Muster PTV 11b/E (7.2020)

Ausfertigung Therapeut\*in