

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 11a/E (7.2020)

Ausfertigung Patient*in