



| | | |
|---|------------------|--------|
| Name, Vorname des Versicherten geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| | | |

Name und Anschrift Krankenkasse

Akutbehandlung für

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

Beginn am _____

Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor

Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt

Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt

ja, und zwar am _____

und ggf. am _____ in anderer Praxis

nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in