kenkasse bzw. Kostenträger e, Vorname des Versicherten		zur	individuelle Information Psychotherapeutischen	PTV 11
	geb. am	Diese In	echstunde formation enthält Ihren vorläufigen Befund ofehlungen zum weiteren Vorgehen. en Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor	:
Bei II beha	Versicherten-Nr. Status  Arzt-Nr. Datum  der Psychotherapeutischen Sprecennen wurden keine Anhaltspunkte fündlungsbedürftige psychische Störunnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/	Datum hstunde r eine ng festgestellt	oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sp  Bels  (CD-10 - GM endständig)	rechstunde
13	achtsdiagnose(n) festgestellt n)/Verdachtsdiagnose(n) (im Klartext), v	weitere Hinwei	Verdachtsdiagnose oder Diagn se zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführ	
keine	ngen zum weiteren Vorgehen  Maßnahme notwendig		hausärztliche Abklärung Fachgebiet	
ambu	entionsmaßnahme ulante hotherapie		ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung	
	Analytische Psychotherapie Systemische Therapie Tiefenpsychologisch fundierte Psyc Verhaltenstherapie	hotherapie	stationäre Behandlung  Krankenhausbehandlung  Rehabilitation  andere Maßnahmen außerhalb der gesetzli Krankenversicherung	chen
zeiti	gaben zu den Empfehlungen nahe Richtlinienpsychothera	apie empfo	hlen, ggfl.über Kostenerstattungsve	rfahren
Die p	osychotherapeutische Behandlung kangeführt werden osychotherapeutische Behandlung kanger Der Praxis durchgeführt werden			— zeitnah erforderlich
Eine Kop	ng Patient*in Die dieser Information darf erhalten: Dehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt			
PLZ	Ort		Dringlichkeitscode draufkleben	
Datum	Unterschrift Pa ggf. der gesetzlichen \	tient*in, /ertreter*innen	Ausstellungsdatum	
	Ausfertigung Patient*in		Stempel / PRENR. Y/9/2201. Muster PTV 11a/E	