

AUSFÜLLHILFE: FORMBLATT PTV 11 – INDIVIDUELLE INFORMATION ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde		PTV 11	
Name, Vorname des Versicherten		<i>Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</i>		1 Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde TTMMJJ, TTMMJJ	
geb. am					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.				
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Status			
Datum					
2 Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde					
<input type="checkbox"/> Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt					
<input type="checkbox"/> 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					
3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen					
<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig					
<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung					
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme					
<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung					
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie					
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung					
<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung					
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie					
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung					
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie					
<input type="checkbox"/> Rehabilitation					
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie					
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie					
<input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung					
Nähere Angaben zu den Empfehlungen					
4 Ihr nächster Termin					
<input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden					
<input type="checkbox"/> Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden					
Datum Uhrzeit					
TTMMJJ, TTMMJJ					
<input type="checkbox"/> Weitervermittlung <input type="checkbox"/> zeitnah erforderlich					
5 Erklärung Patient*in					
Eine Kopie dieser Information darf erhalten:					
Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt					
Straße					
PLZ Ort					
Datum					
TTMMJJ					
Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen					
Ausstellungsdatum					
TTMMJJ					
Ausfertigung Patient*in					

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde (1 x 50 oder 2 x 25 Minuten) ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

2. Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als endständige ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in einer für die Patientin oder den Patienten verständlichen Sprache. Im Freitextfeld können Sie für die Patientin oder den Patienten bzw. für eine Weiterbehandlerin oder einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen angeben, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu den ggf. bereits durchgeführten Maßnahmen (z. B. Ergebnisse von Testverfahren).

3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie der Patientin oder dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen, muss in Punkt 4 („Ihr nächster Termin“) angegeben werden, ob die Psychotherapie zeitnah erforderlich ist oder nicht. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt erforderlich, geben Sie das entsprechende Fachgebiet an. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?). Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen (z. B. „Gruppentherapie sinnvoll“). Bitte achten Sie auf eine für die Patientin oder den Patienten verständliche Sprache und erläutern Sie der Patientin oder dem Patienten Ihre Empfehlungen zum Abschluss der Psychotherapeutischen Sprechstunde(n) mündlich.

4. Ihr nächster Termin

Wenn Sie der Patientin oder dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (*ambulante Psychotherapie* und/oder *ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung*) empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin mit Uhrzeit bei Ihnen angeben.

Vermittlung über Terminservicestelle / Patientenservice:

Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine Weitervermittlung über die Terminservicestelle (www.116117.de, Tel. 116 117) für die sich aus der Abklärung in der Psychotherapeutischen Sprechstunde ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine (§ 75 Abs. 1a SGB V). Bei der Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung wird davon ausgegangen, dass diese immer zeitnah erforderlich ist. Bei der Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie muss explizit angegeben werden ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Sollte eine Vermittlung über die Terminservicestelle erforderlich sein (z. B. weil die Behandlung in Ihrer Praxis nicht durchgeführt werden kann oder weil keine eigenständige Vermittlung an eine andere Praxis möglich ist etc.), müssen folgende Angaben gemacht werden:

- Bei Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie (vgl. Angaben in Punkt 3) geben Sie immer „Weitervermittlung“ an. Geben Sie an, ob diese „zeitnah erforderlich“ ist oder nicht. Nur wenn Sie angeben, dass die Weitervermittlung „zeitnah erforderlich“ ist, hat die Patientin oder der Patient einen Anspruch auf die Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestelle.
- Bei Empfehlung für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung (vgl. Angaben in Punkt 3), geben Sie immer „Weitervermittlung“ und immer „zeitnah erforderlich“ an.

Im Freitextfeld müssen bei Weitervermittlung über die Terminservicestelle der Vermittlungscode und die Kontaktdaten der Terminservicestelle angegeben werden.

Andere Weitervermittlung:

Das Freitextfeld kann in Kombination mit der Angabe „Weitervermittlung“ auch für die Vermittlung an Fachkolleginnen und Fachkollegen (eine entsprechende Absprache vorausgesetzt) oder für eine Zuweisung in andere Versorgungsbereiche (wie z. B. Beratungsstellen) genutzt werden und beispielsweise Kontaktdaten, Öffnungszeiten oder weitere Informationen zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten angegeben werden.

Vergewissern Sie sich bei der mündlichen Erläuterung Ihrer Empfehlungen, dass sich die Patientin oder der Patient über ihre oder seine nächsten Schritte im Klaren ist.

5. Erklärung Patient*in

Wünscht die Patientin oder der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Information an die Hausärztin oder den Hausarzt oder eine andere mitbehandelnde Ärztin bzw. einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann sie oder er hier die entsprechenden Kontaktinformationen eintragen und ihr oder sein Einverständnis zur Übermittlung mit Unterschrift bestätigen.

MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Psychotherapie: www.kbv.de/psychotherapie

Formulare & Ausfüllhilfen zum Download: www.kbv.de/html/formulare.php