

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

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 11

*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 ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

☐ Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/
Verdachtsdiagnose(n) festgestellt _____

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

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung Fachgebiet
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> 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 mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt	
Straße _____	
PLZ _____	Ort _____
Datum _____	Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in