

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

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

☐ 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 mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Patient*in