



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
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

Ausfertigung Therapeut*in

Stempel / Unterschrift Therapeut*in