

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Grid for recording date or time of the last 50 minutes of the consultation.

Form for patient data: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum.

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

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

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

Grid for ICD-10 code

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

Grid for ICD-10 code

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

Large text area for diagnosis and measures.

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Präventionsmaßnahme

Abklärung beim Hausarzt

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

Facharzt für

stationäre Behandlung

ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich

Krankenhausbehandlung

Analytische Psychotherapie

Rehabilitation

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Large text area for further recommendations.

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Grid for recording next appointment date and time.

Ausstellungsdatum

Grid for recording issue date.

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Large empty box for stamp or therapist signature.

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Form for doctor's details: Name des Arztes, Straße, PLZ, Ort.

Datum

Grid for recording date.

Verbindliches Muster

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten

Individuelle Patienteninformation PTV 11
zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Grid for entering date and time: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Form for patient information: Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname des Versicherten, geb. am, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

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

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

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 Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim Hausarzt

Facharzt für

ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich

Analytische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Grid for entering date and time: | | | | | | | | | | | | | | | |

Ausstellungsdatum

Grid for entering date: | | | | | | | |

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

Straße

PLZ Ort

Grid for entering PLZ and location: | | | | | | | | | |

Datum

Grid for entering date: | | | | | | | |

Verbindliches Muster
Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Therapeuten