

# 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

### Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

- Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt
- 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


### 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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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				

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Unterschrift des Patienten,  
ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten