

Wichtige Info zum PTV11 (abweichend für Ausbildungsinstitute & PraxisinhaberInnen)

Sollten Sie die beiden markierten Kästchen ankreuzen ODER die entsprechende Info im Text notieren, benötigt der Patient (m/w/d) einen Code, den nur niedergelassene PT vergeben können – Sie müssen Ihren Pat. also zu einer weiteren PTS schicken (oder ggf. eine Lösung mit Ihrem SV finden).

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde			PTV 11		
Name, Vorname des Versicherten								
geb. am			<i>Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</i>					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	TTMMJJ, TTMMJJ					

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 Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

hausärztliche Abklärung

fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Fachgebiet _____

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: TTMMJJ, Uhrzeit: :

Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in

Eine Kopie dieser Information darf erhalten:

Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße

PLZ Ort

Datum: TTMMJJ

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

Ausstellungsdatum: TTMMJJ

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Patient*in