

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

Absender/ggf. Praxisstempel

017405900  
 John-Rittmeister-Institut  
 für Psychoanalyse, Psychotherapie u.  
 Psychosomatik Schleswig-Holstein e.  
 Stresemannplatz 4 24103 Kiel  
 Tel.: 0431-8886295

Hausarzt

---

Name

---

Strasse

---

PLZ Ort

---

cc Facharzt

Kopie

---

Name

---

Strasse

---

PLZ Ort

---

**Bericht an den Hausarzt und ggf. an den überweisenden Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß EBM 2.1.4 Berichtspflicht**

Sehr geehrte Frau  
 Sehr geehrter Herr

Ihre oben genannte Patientin/Ihr oben genannter Patient

- hat sich bei mir am ..... vorgestellt
- befindet sich seit ..... bei mir in Psychotherapie.
- Diagnose: .....
- verordnete Medikation: .....

Zur Diagnose und dem indizierten Behandlungsverfahren ist Folgendes mitzuteilen:

- es besteht keine Indikation für die Aufnahme/Fortführung der Psychotherapie
  - Psychotherapie ist indiziert und wurde aufgenommen
  - Psychotherapie ist weiterhin indiziert und wird fortgesetzt
  - Sonstige Mitteilungen.....
- .....
- .....

Mit freundlichen Grüßen

Ort/ Datum

Stempel / Unterschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin

Formular auf Empfehlung der



und

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

