

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Straße

PLZ, Ort

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

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.

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

- 1 Bei Ihnen wurden **KEINE** Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt
 Bei Ihnen wurden Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

ICD-10 GM endständig

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

.....
.....
.....

2 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

- keine Maßnahme notwendig
-
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Abklärung beim |
| <input type="checkbox"/> ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung | <input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin |
| <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin für |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <input type="checkbox"/> zeitnah erforderlich |
| <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie |
| | <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie |

nähere Angaben zu den Empfehlungen

.....
.....
.....

- 3 Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden
 Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit) um Uhr