

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

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

Auf Veranlassung von:

Psychotherapeutische Praxis

Klemmer&Kollegen

Name des Therapeuten

Kirchröder Straße 87

30625 Hannover

Tel. 0511-5547600 - Fax 0511-5334160

Arztnummer
Betriebsstättennummer

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

Patient/in: _____

Absagen wurden von folgenden Therapeuten erteilt:

	Name des/der Psychotherapeut/en/in	Telefonnummer	Anrufdatum	Wartezeit
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Vergebliche Therapieplatzanfrage bei der TerminServiceStelle der KVN (0511-56999793):

	Name des/der Mitarbeiter/s/in	Anrufdatum	Wartezeit
1			

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie Sie der o. a. Tabelle entnehmen können, habe ich mich vergeblich bemüht bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten einen Therapieplatz zu bekommen. Keiner der kontaktierten Therapeuten konnte mir einen Therapieplatz innerhalb der nächsten 6 Monate anbieten. Ich bitte Sie daher um die Übernahme der Kosten für eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren. In der Praxis Klemmer&Kollegen kann ich zeitnah einen Therapieplatz bekommen.

Freundliche Grüße

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung Dringlichkeitsbescheinigung

Patientendaten

Name.....Vorname.....geb.....

Krankenkasse.....

Mitglieds-Nr.....

Indikation und Diagnose(n):

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

o. a. Patient benötigt dringend eine ambulante Psychotherapie, in dem

Richtlinienverfahren: Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Ursachen sind u. a.

.....
.....

Leider haben die bisherigen Bemühungen des/der Patient(in)en, einen Therapieplatz zu finden, nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine Psychotherapie ist jedoch aus ärztlicher Sicht, zum jetzigen Zeitpunkt, dringend erforderlich. Lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung bzw. Chronifizierung der Symptomatik. Ich empfehle einen **sofortigen** Therapiebeginn.

Ort/Datum.....Arztstempel/Unterschrift.....

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

er Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund
n Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.
gen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor

oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

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

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

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

Krankenhausbehandlung

Analytische Psychotherapie

Rehabilitation

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Empty text boxes for further details on recommendations.

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Empty boxes for next appointment date and time.

Ausstellungsdatum

Empty boxes for issue date.

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Large empty box for therapist stamp or signature.

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

Empty boxes for patient date.

Verbindliches Muster

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten