

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