

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

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.

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

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

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

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 endstellig ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig

F 45.4 F 33.11 R 52.2

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

chronische Schmerzkrankung
 Depression, somatoforme anhaltende Schmerzstörung

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

Ich empfehle die Psychotherapie bei einem Therapeuten für Verhaltenstherapie mit der Zusatzqualifikation spezielle Schmerztherapie durchzuführen. Dies ist bei Dr. Hechler gegeben.

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

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

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

Ausstellungsdatum

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

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

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

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

Patient

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten