

PTV 117

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
<b>Ihre Daten</b>		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.  
Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde i

Wird angekreuzt, wenn Sie unter einer psychischen Erkrankung leiden

i **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 einständig	ICD-10 - GM einständig	ICD-10 - GM einständig
<b>Ihre Verdachtsdiagnose</b>		

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

<b>Ihre Verdachtsdiagnose im Klartext</b>
---

i **Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

Soll / muss angekreuzt werden →

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

ambulante Psychotherapie

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

hausärztliche Abklärung

Fachgebiet

fachärztliche Abklärung

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Soll / muss angekreuzt werden → da ich ein Verhaltenstherapeut bin

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

**AM BESTEN: Dringlichkeit und Therapiefrequenz hier angegeben wie: „Ich empfehle eine dringend beginnende ambulante Verhaltenstherapie mit einer Frequenz von 1 Therapiesitzung i. d. Woche. + Dringlichkeitscode (z.B.: Vermittlungscode: XXXX – XXXX – XXXX)“**

Wenn kein Termin bei/m Therapeut\*in möglich.

i **Ihr nächster Termin**

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

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

Datum

Uhrzeit

Weitervermittlung

zeitnah erforderlich

**MUSS angekreuzt werden**

<b>Erklärung Patient*in</b>	
Eine Kopie dieser Information darf erhalten:	
Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt	
<b>Falls Sie das PTV11 an</b>	
<b>Ihren/Ihrer</b>	
<b>Hausarzt/Hausärztin</b>	
<b>vermitteln wollen</b>	
Datum	Unterschrift Patient*in, ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

**Ausfertigung Patient\*in**

<b>Angaben des/der Psychotherapeut*in</b>	
Ausstellungsort	Stempel / Unterschrift Therapeut*in
PRF.NR. Y/92401/36/299 Muster PTV 11a/E (7.2020)	