



Ambulanzleitblatt für Erstinterviews und Behandlungen

Behandler/in: _____

Patient/in: _____

Erstinterviews am: _____

Supervisor/in: _____

Diagnose: _____

Suizidalität ausgeschlossen: ja nein

Patient auf Informationen zum Datenschutz hingewiesen: ja

	Art der Behandlung	Abzugebende Formulare	Abgabestatus (abgegeben/ beiliegend?)
PTS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PTV11	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KZT1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der ... - Antragsstellung: _____ - Bewilligung: _____ <input type="checkbox"/> Ø Bewilligung vorliegend, Ablauf der 3-Wochen-Frist am: _____	PTV1 PTV2 Konsiliarbericht 2.-Sichtbescheinigung SV-Bescheinigung Bewilligung der KK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KZT2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der ... - Antragsstellung: _____ - Bewilligung: _____ <input type="checkbox"/> Ø Bewilligung vorliegend, Ablauf der 3-Wochen-Frist am: _____	PTV1 PTV2 Bewilligung der KK	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LZT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der ... - Antragsstellung: _____ - Bewilligung: _____ Gutachterverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PTV1 PTV2 Bewilligung der KK Bericht an den GA Stellungnahme des GA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Quartal: ____ / 20____

Umwandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der ... - Antragsstellung: _____ - Bewilligung: _____ Gutachterverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PTV1 PTV2 Bewilligung der KK Bericht an den GA Stellungnahme des GA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fortsetzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nr.: _____ Datum der ... - Antragsstellung: _____ - Bewilligung: _____ Gutachterverfahren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PTV1 PTV2 Bewilligung der KK Bericht an den GA Stellungnahme des GA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(diese Seite ist nur bei Bedarf auszudrucken und abzugeben!)