

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

Absender/ggf. Praxisstempel

John-Rittmeister-Institut
für Psychoanalyse, Psychotherapie und
Psychosomatik Schleswig-Holstein e. V.
Stresemannplatz 4 24103 Kiel

Hausarzt

Name _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

cc Facharzt

Name _____

Strasse _____

PLZ Ort _____

Kopie

Bericht an den Hausarzt und ggf. an den überweisenden Facharzt über die psychotherapeutische Behandlung gemäß EBM 2.1.4 Berichtspflicht

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Ihre oben genannte Patientin/Ihr oben genannter Patient

- hat sich bei mir am vorgestellt
- befindet sich seit bei mir in Psychotherapie.
- Diagnose:
- verordnete Medikation:

Zur Diagnose und dem indizierten Behandlungsverfahren ist Folgendes mitzuteilen:

- es besteht keine Indikation für die Aufnahme/Fortführung der Psychotherapie
 - Psychotherapie ist indiziert und wurde aufgenommen
 - Psychotherapie ist weiterhin indiziert und wird fortgesetzt
 - Sonstige Mitteilungen.....
-
-

Mit freundlichen Grüßen

Ort/ Datum

Stempel / Unterschrift des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin

Formular auf Empfehlung der



und

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

