

Überweisung

Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen

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

Diagnosen/Indikation zur Psychotherapie:

Information für den Arzt:

Der Konsiliarbericht ist dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichentherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

017405900
John-Rittmeister-Institut
 für Psychoanalyse, Psychotherapie und
 Psychosomatik Schleswig-Holstein e. V.
 Stresemannplatz 4 24103 Kiel
 Tel.: 0431-8386295

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Paul Albrechtis Verlag, 22962 Lüffensee