

VERTRAULICH

Nur Gutachter*innen dürfen diesen Briefumschlag öffnen

Unterlagen für das Gutachtenverfahren

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Chiffre Patient*in

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

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Krankenkasse

Begutachtung einer

<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> TP
<input type="checkbox"/> KiJu	<input type="checkbox"/> Erw	
<input type="checkbox"/> Einzelbehandlung	<input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung	

Antragsart

<input type="checkbox"/> LZT Erstantrag	<input type="checkbox"/> LZT Umwandlung	<input type="checkbox"/> LZT Fortführung
<input type="checkbox"/> KZT 1	<input type="checkbox"/> KZT 2	

Inhalt

Die erforderlichen Unterlagen sind entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig enthalten.

Erklärung Therapeut*in

Ich erkläre, den Bericht entsprechend den Angaben im Leitfaden PTV 3 vollständig persönlich verfasst zu haben.

Ausstellungsdatum

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

017405900
John-Rittmeister-Institut
für Psychoanalyse, Psychotherapie
Psychosomatik Schleswig-Holstein
Stresemannplatz 4 24103 K
Tel.: 0431-8886205

Stempel / Unterschrift Therapeut