

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

Absender/ggf. Praxisstempel

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