



Patient/in: \_\_\_\_\_

Absagen wurden von folgenden Therapeuten erteilt:

	Name des/der Psychotherapeut/en/in	Telefonnummer	Anrufdatum	Wartezeit
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Vergebliche Therapieplatzanfrage bei der TerminServiceStelle der KVN (0511-56999793):

	Name des/der Mitarbeiter/s/in	Anrufdatum	Wartezeit
1			

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie Sie der o. a. Tabelle entnehmen können, habe ich mich vergeblich bemüht bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten einen Therapieplatz zu bekommen. Keiner der kontaktierten Therapeuten konnte mir einen Therapieplatz innerhalb der nächsten 6 Monate anbieten. Ich bitte Sie daher um die Übernahme der Kosten für eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren. In der Praxis Klemmer&Kollegen kann ich zeitnah einen Therapieplatz bekommen.

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung Dringlichkeitsbescheinigung

## Patientendaten

Name.....Vorname.....geb.....

Krankenkasse.....

Mitglieds-Nr.....

Indikation und Diagnose(n):

.....  
.....  
.....

o. a. Patient benötigt dringend eine ambulante Psychotherapie, in dem

Richtlinienverfahren:     Verhaltenstherapie  
                                   Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Ursachen sind u. a.

.....  
.....

Leider haben die bisherigen Bemühungen des/der Patient(in)en, einen Therapieplatz zu finden, nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine Psychotherapie ist jedoch aus ärztlicher Sicht, zum jetzigen Zeitpunkt, dringend erforderlich. Lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung bzw. Chronifizierung der Symptomatik. Ich empfehle einen **sofortigen** Therapiebeginn.

Ort/Datum.....Arztstempel/Unterschrift.....

# Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

...er Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund  
... Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.  
...gen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

... oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

### Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

ICD-10 - GM endstellig

Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) (in Klartext), weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

### Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Präventionsmaßnahme

Abklärung beim  Hausarzt

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

Facharzt für

stationäre Behandlung

ambulante Psychotherapie

Krankenhausbehandlung

Analytische Psychotherapie

Rehabilitation

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

### Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

Straße

PLZ

Ort

Datum

**Verbindliches Muster**

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten