

**Individuelle Patienteninformation PTV 11 zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde**

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

**1** Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

**2** Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

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

ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig ICD-10 - GM endstellig

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

**3** Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim Hausarzt

Hausarzt

Facharzt für

ambulante Psychotherapie

Analgetische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen

**4**

Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

**5** 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

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten

Muster PTV 11a (4/2015)

## Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

### 1. Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Ab dem 01. April 2018 ist eine Psychotherapeutische Sprechstunde vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

### 2. Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endstellig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in allgemein verständlicher Sprache. Im Freitextfeld können Sie für den Patienten bzw. für einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu ggf. durchgeführten Maßnahmen (z. B. zu durchgeführten Testverfahren), angeben.

### 3. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Geben Sie dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einem Facharzt erforderlich, geben Sie bitte die entsprechende Gebietsbezeichnung an. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?) und ggf. zu Kontaktdaten von empfohlenen Einrichtungen. Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen. Bitte achten Sie auf eine allgemein verständliche Sprache.

### 4. Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung in der eigenen Praxis?

Wenn Sie dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin bei Ihnen angeben.

### 5. Erklärung des Patienten

Wünscht der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Patienteninformation an seinen Hausarzt oder einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann er hier die entsprechenden Kontaktinformationen des Arztes eintragen und sein Einverständnis zur Übermittlung geben.

**Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde PTV 11**

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihren vollständigen Bedarf erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 30 Minuten der Sprechstunde  
 \_\_\_\_\_

**Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde**

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbefürchtete psychische Störung festgestellt

Bei Ihnen wurden folgende Diagnose(n)/Verlaufdiagnose(n) festgestellt  
 \_\_\_\_\_

Diagnose(n)/Verlaufdiagnose(n) zu Klären, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen  
 \_\_\_\_\_

**Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

keine Maßnahme notwendig

ambulante Psychotherapeutische Ausbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Abklärung beim \_\_\_\_\_

weitere Psychotherapie

Angelegte Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

nähere Angaben zu den Empfehlungen  
 \_\_\_\_\_

Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ausstellungsdatum  
 \_\_\_\_\_

**Erklärung des Patienten**

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

Name des Arztes  
 \_\_\_\_\_

Ort  
 \_\_\_\_\_

Datum  
 \_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Patienten

am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde



Therapeut  
PTV 11b

Versicherter  
PTV 11a