

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Absender

Hausarzt  
Herrn/Frau

cc Facharzt  
Herr/Frau

Kopie

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

Strasse

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

**Bericht an den Hausarzt und ggf. an den überweisenden Facharzt  
über die psychotherapeutische Behandlung  
gemäß des Leistungsinhaltes der EBM-Ziffer 01600**

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: .....

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

