

Nachweise zur Bemühungen um einen Termin bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten

1. Ich habe zunächst folgende ambulante Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen kontaktiert und um einen zeitnahen Termin gebeten.

	Name, Adresse, Telefonnummer	Datum, Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Ergebnis der Kontaktaufnahme (angebotener Termin, Wartezeit)	sonstiges
1				
2				
3				
4				
5				

Patient/in: _____

Unterschrift: _____

Nachweise zur Bemühungen um einen Termin bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten

2. Ich habe anschließend den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung angerufen (Telefonnummer 116117) und um einen Termin für eine Psychotherapeutischen Sprechstunde bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten/einer kassenzugelassenen Psychotherapeutin gebeten.

Datum, Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Die Kassenärztliche Vereinigung konnte mir einen Termin zur Sprechstunde anbieten		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:		
	Datum, Uhrzeit	Praxis	sonstiges

3. Ich habe obenstehenden Termin wahrgenommen und mir wurde das Formular „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde - PTV 11“ ausgehändigt. Informationen auf dem Formular:

Wurde eine Verhaltenstherapie empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Therapeut/die Therapeutin freie Termine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Therapiebeginn zeitnah erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dringlichkeitscode: _____		

Patient/in: _____

Unterschrift: _____

Nachweise zur Bemühungen um einen Termin bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten

4. Ich habe anschließend den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung angerufen (Telefonnummer 116117) und um einen Termin für eine Probatorischen Termin bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten/einer kassenzugelassenen Psychotherapeutin gebeten.

Datum, Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Die Kassenärztliche Vereinigung konnte mir einen Termin zur Probatorik anbieten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:		
	Datum, Uhrzeit	Praxis	sonstiges

5. Ich habe obenstehenden Termin wahrgenommen und untenstehende Informationen bestätigen lassen:

Termin: Datum, Uhrzeit	Hat der Patient den Termin wahrgenommen?	Können Sie dem Patienten einen zeitnahen Therapieplatz zusichern?	Praxisstempel/Unterschrift	sonstiges
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zu folgendem Zeitpunkt:		

Patient/in: _____

Unterschrift: _____

Nachweise zur Bemühungen um einen Termin bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten

5. Ich habe anschließend erneut den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung angerufen (Telefonnummer 116117) und um einen weiteren Termin für eine probatorische Sitzung gebeten.

Datum, Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Die Kassenärztliche Vereinigung konnte mir einen Termin zur Probatorik anbieten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden:		
	Datum, Uhrzeit	Praxis	sonstiges

6. Ich habe obenstehenden Termin wahrgenommen und mir untenstehende Informationen bestätigen lassen:

Termin: Datum, Uhrzeit	Hat der Patient den Termin wahrgenommen?	Können Sie dem Patienten einen zeitnahen Therapieplatz zusichern?	Praxisstempel/Unterschrift	sonstiges
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zu folgendem Zeitpunkt:		

Patient/in: _____

Unterschrift: _____