

Patientenerklärung zur Berichtspflicht

in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/
zur Psychologischen Psychotherapeutin)

Patient/in

zur Übermittlung eines jährlichen Berichts über eine laufende Psychotherapie (bzw. über deren Beginn oder Beendigung) an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt, gemäß §73 Abs. 1b SGB V).

Patienteninformation

Seit 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapeuten bei gesetzlich versicherten Patienten Psychotherapieleistungen nur noch abrechnen können, wenn sie gegenüber dem Hausarzt mindestens einmal jährlich, immer jedoch zu Therapiebeginn und -ende über die Psychotherapie schriftlich Bericht erstatten. Wenn kein Hausarzt angegeben werden kann oder wenn der Patient dies nicht wünscht, entfällt der Bericht.

Dasselbe gilt für einen obligatorischen Bericht an den Facharzt, falls der Patient von einem Facharzt zur Psychotherapie überwiesen wurde.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der folgenden Möglichkeiten und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift:

- Ich wünsche ausdrücklich die jährliche Übermittlung eines Berichtes über meine laufende Psychotherapie. Er enthält regelmäßig Angaben zur Diagnose und zur Art der durchgeführten Therapie. Der Bericht soll geschickt werden an meinen Hausarzt

Name

Anschrift

- und an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt

Name

Anschrift

- Die Befundübermittlung an meinen Hausarzt und ggf. an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt ist nicht erforderlich und wird von mir nicht gewünscht. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meine ärztliche Behandlung wichtig sein, so wird sich mein Psychotherapeut mit dem behandelnden Arzt – nach Absprache mit mir – in Verbindung setzen.

Eventuell gibt es noch einen anderen Grund, der einen Bericht an den Arzt entbehrlich oder überflüssig macht, bitte kreuzen Sie diesen ggf. an:

- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich bin bei dem überweisenden Hausarzt nicht mehr in Behandlung.
- Ich bin bei dem überweisenden Facharzt nicht mehr in Behandlung.

Diese Entscheidung gilt für die Dauer meiner gesamten Behandlung, solange ich sie nicht widerrufe.
Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in