

Patientenerklärung zur Berichtspflicht

in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/
zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)

Patient/in, Geburtsdatum

zur Übermittlung eines jährlichen Berichts über eine laufende Psychotherapie (bzw. über deren Beginn oder Beendigung) an den Kinder-/ bzw. 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 überweisen wurde.

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

- ☐ Wir/Ich wünsche/n ausdrücklich die jährliche Übermittlung eines Berichtes über die laufende Psychotherapie unseres/ meines Kindes. Der Bericht enthält regelmäßig Angaben zur Diagnose und zur Art der durchgeführten Therapie. Der Bericht soll geschickt werden an den Kinder-/ bzw. Hausarzt.

Name

Anschrift

- ☐ und an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt

Name

Anschrift

- ☐ Die Befundübermittlung an den Kinder-/ bzw. Hausarzt und ggf. an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt ist nicht erforderlich und wird von uns/ mir nicht gewünscht. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für die ärztliche Behandlung unseres/ meines Kindes wichtig sein, so wird sich der Psychotherapeut mit dem behandelnden Arzt – nach Absprache mit uns/ 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:

- ☐ Unser/ Mein Kind hat keinen Kinder-/ bzw. Hausarzt.
- ☐ Unser/ Mein Kind ist bei dem überweisenden Kinder-/ bzw. Hausarzt nicht mehr in Behandlung.
- ☐ Unser/ Mein Kind ist bei dem überweisenden Facharzt nicht mehr in Behandlung.

Diese Entscheidung gilt für die Dauer der gesamten Behandlung unseres/ meines Kindes, solange wir/ ich sie nicht widerrufe/n.

Eine Kopie dieser Erklärung habe/n wir/ ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift (1. Sorgeberechtigter)

Unterschrift (2. Sorgeberechtigter)