



Patientenerklärung zum Bericht an den Hausarzt/ Kinderarzt

gem. EBM-Bestimmung Abschnitt 2.1.4

Vor- und Nachname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt/ Kinderarzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird.

Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern, erstellt werden. Ihre schriftliche Bestätigung ist notwendig; sie kann jederzeit widerrufen werden.*

Wenn Sie als Patient/Sorgeberechtigten des Patienten einen Bericht an den Hausarzt/ Kinderarzt nicht wünschen oder wenn kein Hausarzt angegeben werden kann, entfällt der Bericht.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift folgende Optionen:

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Haus-/ Kinderarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meinem Haus-/ Kinderarzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen Haus-/ Kinderarzt wichtig sein, wird sich meine Psychotherapeutin mit dem Arzt nach Absprache mit mir in Verbindung setzen.
- Mein Facharzt hat mich/uns überwiesen. Ich bin **nicht** einverstanden, dass mein/ unser Facharzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.
- Ich/ Wir habe/ n keinen Hausarzt.

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Sorgeberechtigter

* § 73 Abs. 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

STAND: FEBRUAR 2024

Mehr zum Thema Datenschutz: www.praxis-severin.de/datenschutz/

SEITE 01 - 01

Psychotherapeutische Praxis
für Kinder und Jugendliche

St - Nr.: 350/5786/5848

Carolin Severin, B.A.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

ApoBank IBAN: DE 853006 06010005 6048 40

Kölner Straße 114
42897 Remscheid

BIC: DAAEEDXXX

T. 02191 43 70 19 - 6
F. 02191 43 70 19 - 7

info@praxis-severin.de