

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

#### Praxisstempel

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gunnar Immo Reefschläger

Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse  
Rhein-Eifel GmbH  
Kirchstr. 25  
56626 Andernach  
www.rhein-eifel-institut.de

## Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4

Liebe Patientin, lieber Patient,

seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt 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<sup>1</sup>. Wenn Sie als Patient einen Bericht an den Hausarzt nicht wünschen oder wenn kein Hausarzt angegeben werden kann, entfällt der Bericht.

**Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen:**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen Hausarzt wichtig sein, wird sich mein Psychotherapeut mit ihm nach Absprache mit mir in Verbindung setzen.
- Mein Facharzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht einverstanden, dass mein Facharzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.
- Ich habe keinen Hausarzt.

Aschaffenburg, den \_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten / des Erziehungsberechtigten

<sup>1</sup> § 73 Abs. 1b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)