



Basisdaten für die Psychotherapie

Patient*in (Vor- und Nachname) : _____

Geburtsdatum : _____

Patient/in	
Vorname, Name	
Volljährig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsdatum, -ort	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Festnetz	
Mobil	
Schule/Arbeitgeber	
E-Mail-Adresse	

Mutter	
Vorname, Name	
Sorgerecht (nur <18 J.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsdatum, -ort	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Festnetz	



Mobil	
Schule/Arbeitgeber	
E-Mail-Adresse	

Vater	
Vorname, Name	
Sorgerecht (nur <18 J.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsdatum, -ort	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Festnetz	
Mobil	
Schule/Arbeitgeber	
E-Mail-Adresse	

Jugendhilfeeinrichtung	
Name Einrichtung	
Bezugsbetreuer/in	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Festnetz	
Mobil	
E-Mail-Adresse	
Zuständiges Jugendamt	
Name Sachbearbeiter	



Hausarzt	
Name	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Festnetz	
Mobil	
E-Mail-Adresse	

Kostenträger/Krankenkasse	
Art	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private KK/Beihilfe
Name der Krankenkasse	
Hauptversicherter	
Geb. Dat. Hauptversichert.	

Sonstige Ergänzungen (z.B. Amtsvormundschaft/rechtliche Betreuung)

Interne Vermerke der Praxis

- Bericht an:
 - Hausarzt/Kinderarzt
 - Facharzt
 - kein Bericht

Psychotherapiepraxis Lena Fischer



- Vorstellung als:
 - PT-Sprechstunden
 - Richtlinien-Psychotherapie
 - Akutbehandlung
- Angaben zum Schein:
 - TSS Terminfall (EBM 3229 B/C/D (B=1-8 WT, C=9-14 WT, D=15-35 WT))
 - TSS Akut-Fall (EBM 32229 A)
 - HA-Vermuttlungsfall (4-Tage-Frist)
 - Neupatient
 - Offene Sprechstunde