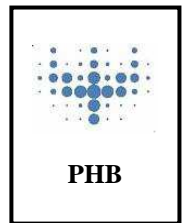


Therapeutenwechsel PHB-Meldung



Liebe Therapeutin, lieber Therapeut,

Sie können einen Ihrer Patienten nicht zu Ende behandeln und möchten ihn an einen anderen Therapeuten weitervermitteln lassen.

Leiten Sie den Wechsel bitte rechtzeitig ein (wenn noch mind. 8 Stunden offen sind).

Bitte füllen Sie das folgende Feld vollständig aus und gehen Sie mit diesem Formular die weiter unten aufgeführten Stationen durch.

Diese Feld ist von der/m Therapeutin/en auszufüllen

Patient/in: _____ **Pat.chiffre** _____

Therapeut/in _____ Schwerpunkt./Jahrg. _____

in Supervision bei Herrn/Frau _____

Bewilligte Sitzungen: _____ Std. + _____ Bezugspers.-Std.

Übergabe soll erfolgen ab: _____ (Datum)

Reststunden, die abgegeben werden sollen : _____ Std. + _____ Bezugspers.-Std.

Fortführungsantrag nach Reststundenübernahme ist indiziert
 nicht indiziert

Der Patient soll wie folgt vermittelt werden:

1) **PHB** Therapeut/in Herrn/Frau _____
Schwerp./Jahrg. _____ Supervisor/in _____

2) **andere Behandler und zwar:**
 extern an die BAP Therapeut/in _____
Schwerp./Jahrg. _____ Supervisor/in _____

ich habe keinen Vermittlungsvorschlag und bitte die Patientenvermittlung einen neuen
 männlichen Therapeuten
 weiblichen Therapeuten zu finden.

Mögliche Therapiezeiten sind: Tag und Uhrzeit _____

Mein Telefonkontakt für den neuen Therapeuten: _____

Gründe für den Therapeutenwechsel:

b. w. →

Kurze Einschätzung der bisherigen Therapie und aktueller Stand:

1. Weiterhin bestehende Symptomatik (ICD10-Diagnose) _____

2. Therapieziele _____

3. Besonderheiten in der Behandlung _____

Datum: _____

Unterschrift Therapeut/in

STATIONEN:

1) AMBULANZLEITUNG zwecks GENEHMIGUNG des Therapeutenwechsels

Datum: _____

Unterschrift Ambulanzeiterin

2) PATIENTENVERMITTLUNG

Es liegen vor:

Schweigepflichtsentbindung/Unterlagenanforderung Patientenübernahmeformular

Datum: _____

Unterschrift Patientenvermittlung

3) ABRECHUNGSABTEILUNG zwecks MELDUNG Therapeuten-/o. Institutswechsel

Beantragt wurde

Zusatzprobatorik und Behandlerwechsel für PHB Reststundenübernahme für BAP

Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter/in der Abrechnungsabteilung