

Psychotherapeutische Terminvermittlung für sprachbeeinträchtigte und hörgeschädigte Menschen

Bitte füllen Sie das Formular gut lesbar mit Ihren persönlichen Angaben aus und faxen Sie es an die **06131 326-44300**.

Ich kann nicht hören

Ich kann nicht sprechen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Faxnummer (für die Rückmeldung der TSS)

Krankenkasse

Ich wünsche eine Vermittlung in die Psychotherapeutische Sprechstunde

Ich wünsche eine Vermittlung zur Psychotherapeutischen Akutbehandlung

Voraussetzung für den Vermittlungsanspruch zur Akutbehandlung:

- Individuelle Patienteninformation (IPI) PTV 11 liegt vor – ausgestellt von einem Psychotherapeuten im Rahmen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde
- Empfehlung „ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung“ ist angekreuzt
- „Die psychotherapeutische Behandlung kann **nicht** in dieser Praxis durchgeführt werden“ ist angekreuzt
- Der ausstellende Therapeut hat einen Code-Aufkleber auf der IPI aufgebracht

Der zwölfstellige Code lautet: - - - - - - - - - - - - - - - -

Die IPI wurde ausgestellt von:

Vor- und Nachname, Praxisort, BSNR und Telefonnummer des ausstellenden Therapeuten

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zweck der Terminsuche erfasst und gespeichert werden. Die von mir gemachten Angaben werden an die Psychotherapeutische Praxis weitergegeben, in der die Terminservicestelle einen Termin für mich bucht.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____