Nachname, Vorname der/des Versicherten

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geschäftszeichen

Name der Betriebskrankenkasse

Name, Telefon- und Fax-Nummer Mitarbeiter/in Versorgungsmanagement

Terminanfrage

Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V zwischen der GWQ ServicePlus AG und der MEDIVERBUND AG

Die/Der oben genannte Versicherte meldet sich direkt bei der Praxis und informiert nach der Terminvermittlung das Versorgungsmanagement

Datum

Mitarbeiter/in Versorgungsmanagement der o. g. Betriebskrankenkasse

Rückmeldung der Praxis an das Versorgungsmanagement

Name der Therapeutin/des Therapeuten

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon, freiwillige Angabe

Der Erstkontakt hat bereits stattgefunden bzw. wird stattfinden am ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

Angabe zum geplanten Psychotherapieverfahren:

☐ Verhaltenstherapie ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ analytische Psychotherapie

☐ sonstige Therapie

Bezeichnung der Therapie

Weitere Angaben, wenn keine Terminvereinbarung erfolgt

☐ Die Versicherte bzw. der Versicherte hat sich nicht gemeldet.

☐ Bei der Versicherten bzw. dem Versicherten besteht kein Therapiebedarf.

Datum, Unterschrift, Stempel der Praxis