

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Team Anwendungsbetreuung
 Koordinationsstelle Psychotherapie
 Frohsinnstr. 2
 86150 Augsburg

Fax 08 21 / 32 56 – 2 44
 Tel. 0 89 / 5 70 93 – 44 73

Praxisstempel

Aktualisierungsbogen Psychotherapie

1. Allgemeine Angaben:

LANR:	BSNR:
Name _____	Vorname _____

2. Angaben zu Wartezeiten / freien Plätzen:

	Freie Therapieplätze	Wartezeit (Wochen)	Vormittag	Nachmittag	Abend
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.

3. Angaben zur kurzfristigen Patientenaufnahme:

- Akutsprechstunde Krisenintervention

4. Optionale Anmerkung:

5. Ort, Datum und Unterschrift:

 Ort, Datum

 Unterschrift



Datenschutzinformationen: Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Hinweis: Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: **0921 /88099 - 40410**