

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt- Nr.	VK gültig bis	Datum

---

**Arztstempel**

## PSB - Formular

(Bitte dem Patienten aushändigen)

**Beginn der Substitution:** \_\_\_\_\_

**Eine PSB ist meines Erachtens wegen folgender Probleme notwendig,**  
(z.B. Beigebrauch, psychische Erkrankungen, Benzodiazepinverordnungen, Erziehungsprobleme, Arbeitslosigkeit, Wohnungsprobleme, strafrechtliche Probleme)

\_\_\_\_\_

**Eine PSB ist meines Erachtens nicht notwendig weil,**

\_\_\_\_\_

**Kinder im Haushalt:**       ja     nein

---

**(von der PSB-Einrichtung auszufüllen)**

**Beginn der Betreuung am:** \_\_\_\_\_

**Letzter wahrgenommener Termin:** \_\_\_\_\_

**Gemäß Absprache zwischen dem Patienten und dem Berater wurde vereinbart, dass die psychosoziale Betreuung in dem folgenden Turnus stattfinden soll:**

wöchentlich     vierzehntägig     monatlich     1x / pro Quartal     bei Bedarf

**Zielbereiche und Ziele:**

\_\_\_\_\_

**Termine werden seit Beratungsbeginn folgendermaßen wahrgenommen:**

regelmäßig       unregelmäßig       nicht, Begründung:

\_\_\_\_\_

keine PSB notwendig; Begründung:

\_\_\_\_\_

---

 Datum

---

 Unterschrift

---

 Stempel