

Verordnung Psychotherapie gemäß § 37a SGB V

26

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Diagnose
(ICD-10-Code) _____

Schweregrad
(lt. GAF-SKALA) _____

Erkrankung besteht seit (falls bekannt) _____

Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen

Zusätzlich bei Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 gemäß § 2 Abs. 5 der Richtlinie und GAF ≤ 40

Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten / Sonstige Einschränkungen

Angaben des Versicherten

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung, Familie/Eltern, in Einrichtung)

Angaben des nächsten Angehörigen

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Angaben zum Betreuer

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, für welche Angelegenheiten?

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefonnummer

Voraussichtliche Anzahl
der Therapieeinheiten

Beantragte Anzahl der
Therapieeinheiten

Voraussichtliche Dauer
der Therapie

Bereits durchgeführte
Leistungen

Prognose

Krankenhausbehandlung ☐ wird vermieden ☐ wird verkürzt ☐ ist nicht ausführbar

Begründung

Der psychotherapeutische Behandlungsplan ist beigelegt!

Für das Ausstellen der *Erstverordnung* ist die Nr. 30810 EBM berechnungsfähig.
Für das Ausstellen der *Folgeverordnung* ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig.

**Diese Ausfertigung bitte zusammen mit dem
psychotherapeutischen Behandlungsplan der Krankenkasse vorlegen!**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes