

Konsiliarbericht

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

22

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Auf Veranlassung von:

Arztnummer

Name des Therapeuten

Betriebsstättennummer

Chiffre _____ des Patienten

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist

☐

erforderlich

☐

nicht erforderlich

☐

erfolgt

☐

veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Gutachter

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF.NR.
Muster 22b/E (10.2014)