

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 \leq 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.

Datum

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes