

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

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten



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

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:

Psychopathologische Symptomatik mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf.

Kein somatischer Befund als Ursache der psychischen Problematik.

Aus haus- bzw. fachärztlicher Sicht keine Kontra-Indikation für Psychotherapie.

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 Kontra-indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)~~
- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
- Art der Maßnahme

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes