

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

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

587089900 - 207213568
Arztregister ENR 6009385
Dr. phil. Dr. theol.
Josef Robrecht
Psychotherapeut
Graf-Dürckheim-Weg 8
D-79682 Todtmoos-Rütte
Tel.: +49 (0)7 674-8390
www.Exist-Ruette.de

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