

DECKBLATT (Blatt 1/3)

Antrag zur Fortsetzung der psychologische Psychotherapie nach der 30. Sitzung

Anordnende/r Arzt/Ärztin* (*Pflichtfelder)

Name*

Adresse*

Tel. / E-Mail*

Aus- und Weiterbildungstitel*

ZSR (oder GLN)*

Datum*

Unterschrift und Stempel anordnender Arzt/Ärztin*

Patient/in* (*Pflichtfelder)

Name*

Geburtsdatum*

Strasse*

Telefon*

Versicherung*

Vorname*

Geschlecht*

PLZ/Ort*

Versicherten-Nr.

- Bemerkungen/Ergänzungen

1. Teil: Bericht psychologischer Psychotherapeut/in

Patient/in (gemäss Deckblatt)* (*Pflichtfelder)

Name*

Vorname*

Psychol. Psychotherapeut/in*

Name*

Institution

Adresse*

Tel. /E-Mail*

ZSR (oder GLN)* F616431

Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die vom Gesetz (Art. 11b KLV) verlangten Informationen dokumentiert werden.

- Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte ausführlich, bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)*
- Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.)*
- Sind frühere Behandlungen bekannt?* ja nein
Wenn ja, welche
- Art und Setting der aktuellen Behandlung*
- Behandlungsverlauf bis heute, Indikation zur Fortsetzung der Behandlung und Ziel*
- Vorschlag für das weitere Prozedere: Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose*
- Bemerkungen/Ergänzungen

Datum*

Unterschrift und Stempel Psychol. Psychotherapeut/in*

2. Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

Facharzt/-ärztin f. Psychiatrie und Psychotherapie oder f. Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

Name*/Institution

Adresse*

Tel./E-Mail*

ZSR (oder GLN)*

Präambel: Der 1. Teil Bericht des/der psychologischen PsychotherapeutInnen muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/-ärztin möglich

- Konsultation und Beurteilung durch den Facharzt/die Fachärztin aufgrund einer Patientenuntersuchung*
 ja Datum
 nein Begründung
- Diagnose (inkl. ICD-Nr.)*
- Therapieindikation gegeben* ja nein
- Beurteilung Verlauf /bisherig Erreichtes/Setting/Medikation*
- Beurteilung Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose)*
- Weitere Bemerkungen zur Therapie

Datum*

Unterschrift und Stempel Facharzt/Fachärztin*