

Werte Psychotherapeutin! Werter Psychotherapeut!

Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten ersucht Sie hinsichtlich des ~~.....~~¹⁾ ~~.....~~ Therapieverlaufes um folgende Angaben:

**Vertraulich
von der Psychotherapeutin/
vom Psychotherapeuten
auszufüllen!**

Behandelnde(r) Psychotherapeutin/Psychotherapeut:

1. Welche Störungen werden ¹⁾ behandelt? (ICD 10 od. DSM IV und verbal eindeutige Zuordnung)

~~.....~~ ICD 10/DSM IV: Nr. verbal Nr. verbal Nr. verbal

2. ~~.....~~¹⁾ im Hinblick auf die Intensität der Störung Behandlungsbedürftigkeit vor?

Kurze
Stellungnahme:

3. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes seit Therapiebeginn (keine V~~.....~~ ~~.....~~ ~~.....~~)

4. ~~.....~~¹⁾ Methode. Ist die Methode für den Patienten (bzw. die Krankheit) geeignet?

Vorgesehene/Angewandte Methode:

Anmerkungen:

5. Vorgesehene ¹⁾ Sitzungsform ²⁾
Einzel 50 Min. Gruppe 90 Min.

6a. Wieviele weitere Sitzungen sind voraussichtlich notwendig? ³⁾

6b. Wieviele Sitzungen waren bisher im Rahmen einer von Ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Krankenbehandlung notwendig?

6c. (Lt. Angaben des Patienten) Wieviele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode waren bisher im Rahmen einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung bei einem anderen Psychotherapeuten notwendig?

7. Für wieviele weitere Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt? ³⁾ ____

8. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? ³⁾ _____

9. Anmerkungen:

Ich erkläre, dass die ~~.....~~¹⁾ der Krankenbehandlung zweckmäßig ist.

1) Zutreffendes bitte selektieren!
2) Zutreffendes bitte ankreuzen!
3) Nur bei Antrag auf Vorausgenehmigung!

Datum und Unterschrift
der Psychotherapeutin (des Psychotherapeuten)

Bewilligungsvermerk des
Krankenversicherungsträgers

Befürwortung für
weitere Monate
..... therapeut.S.

Der Antrag wurde an den /die
Psychotherapeuten(in) zurück-
gesandt. Für die Begutachtung
müssen weitere Informationen
eingeholt werden.

Vermerk der Gesellschaft für ~~.....~~¹⁾ ~~.....~~ ~~.....~~