



Therapiezentrum Kreative Remise | Ringbahnstraße 22 | 12051 Berlin

An die behandelnde Praxis

## **Konsiliarbericht für die Durchführung einer Psychotherapie**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient befindet sich zurzeit in psychotherapeutischer Abklärung bzw. Behandlung in meiner Praxis.

### **Zum Konsiliarbericht:**

Im Vorfeld bzw. zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung erforderlich, um mögliche körperliche Ursachen für die geschilderten psychischen Beschwerden auszuschließen. Ich möchte Sie daher bitten, den beigefügten Konsiliarbericht auszufüllen.

Von besonderem Interesse sind hierbei Angaben zu aktueller Medikation, relevanten Laborwerten sowie früheren oder bestehenden Diagnosen. Der Konsiliarbericht dient in erster Linie der therapeutischen Absicherung. Für eine ggf. notwendige Antragstellung bei der Krankenkasse wird der Bericht in Kopie eingereicht; sensible Inhalte werden dabei geschwärzt.

Sollten Sie Fragen zu den Unterlagen haben oder weitere Informationen benötigen, freue ich mich über eine kurze Kontaktaufnahme.

Mit freundlichen Grüßen,

Hannah Christ M.Sc.  
Psychologische Psychotherapeutin

[www.hannahchrist-psychotherapie.de](http://www.hannahchrist-psychotherapie.de) | [hannah.psychotherapie@gmail.com](mailto:hannah.psychotherapie@gmail.com)

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

# Konsiliarbericht

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

Auf Veranlassung von:

Hannah Christ, M.Sc., Psychologische Psychotherapeutin  
Name des Therapeuten

Arztnummer									
Betriebsstättennummer									

**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:

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 Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

---

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**