



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 | hannah.psychotherapie@gmail.com

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

Konsiliarbericht

22

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 anamnestische 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: _____

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten