

Angaben zur/zum Versicherten

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer)

Ausstellungsdatum:

Konsiliarbericht

Vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen **für die PKV, Beihilfe oder das Kostenerstattungsverfahren nach SGB V §13 (3)**

Auf Veranlassung von:

M.Sc. Josephine Hagen
Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie
Wilhelm- Kütz- Straße 32; 14532 Stahnsdorf
Tel: 0162/4663879
psychotherapiepraxis@josephine-hagen.de

Konsiliarbericht

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), relevanten **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 erfolgte veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?:

- Aufgrund somatische/psychiatrische Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)
- ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme:

- Ausfertigung für:
 Psychotherapeut*in
 Gutachter
 Krankenversicherung

Ausstellungsdatum: _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift Arzt/Ärztin