



360° Psychotherapie ••• Harkortstraße 19 ••• 04107 Leipzig

An den behandelnden Arzt

360° PSYCHOTHERAPIE
Harkortstraße 19
04107 Leipzig

Tel.: 0341/ 248 742 04

Mail: info@360grad-psychotherapie.de

Konsiliarbericht für die Durchführung Psychotherapie

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin/Ihr Patient hatte einen Termin zum psychotherapeutischen Erstgespräch in unserer Praxis oder möchte einen Erstgespräch in unserer Praxis wahrnehmen.

Zum Konsiliarbericht:

Da wir im Vorfeld der Psychotherapie abklären müssen, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte, würden wir Sie bitten den **Konsiliarbericht** auszufüllen, den wir der Patientin/dem Patienten mitgegeben haben. Hierbei sind aktuelle Medikation, Laborwerte und frühere Diagnosen für uns von Interesse.

Der Konsiliarbericht ist in erster Linie für unsere therapeutische Absicherung gedacht. Zur Beantragung der Therapie bei der Krankenkasse wird er kopiert und die Inhalte geschwärzt.

Falls Sie zu den Unterlagen Fragen haben, oder weitergehende Informationen benötigen, dann freuen wir uns, wenn Sie Kontakt zu uns aufnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Judith Kerchner
Psychologische Psychotherapeutin
für das Team von 360° Psychotherapie

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

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

Auf Veranlassung von:



PSYCHOTHERAPIE

Harkortstr. 19, 04107 Leipzig

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: _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig