

## DECKBLATT (Blatt 1/3)

### Antrag zur Fortsetzung der psychologische Psychotherapie nach der 30. Sitzung

**Anordnende/r Arzt/Ärztin\*** (\*Pflichtfelder)

Name\*

Adresse\*

Tel. / E-Mail\*

Aus- und Weiterbildungstitel\*

ZSR (oder GLN)\*

Datum\*

Unterschrift und Stempel anordnender Arzt/Ärztin\*

**Patient/in\*** (\*Pflichtfelder)

Name\*

Geburtsdatum\*

Strasse\*

Telefon\*

Versicherung\*

Vorname\*

Geschlecht\*

PLZ/Ort\*

Versicherten-Nr.

- Bemerkungen/Ergänzungen

## 1. Teil: Bericht psychologischer Psychotherapeut/in

**Patient/in (gemäss Deckblatt)\*** (\*Pflichtfelder)

Name\*

Vorname\*

**Psychol. Psychotherapeut/in\***

Name\*

Institution

Adresse\*

Tel. /E-Mail\*

ZSR (oder GLN)\*

*Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die vom Gesetz (Art. 11b KLV) verlangten Informationen dokumentiert werden.*

- Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte ausführlich, bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)\*
- Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.)\*
- Sind frühere Behandlungen bekannt?\*  ja  nein  
Wenn ja, welche
- Art und Setting der aktuellen Behandlung\*
- Behandlungsverlauf bis heute, Indikation zur Fortsetzung der Behandlung und Ziel\*
- Vorschlag für das weitere Prozedere: Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose\*
- Bemerkungen/Ergänzungen

Datum\*

Unterschrift und Stempel Psychol. Psychotherapeut/in\*

## 2. Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

### Facharzt/-ärztin f. Psychiatrie und Psychotherapie oder f. Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie\*

Name\*/Institution

Adresse\*

Tel./E-Mail\*

ZSR (oder GLN)\*

*Präambel: Der 1. Teil Bericht des/der psychologischen PsychotherapeutInnen muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/-ärztin möglich*

- Konsultation und Beurteilung durch den Facharzt/die Fachärztin aufgrund einer Patientenuntersuchung\*  
 ja Datum  
 nein Begründung
- Diagnose (inkl. ICD-Nr.)\*
- Therapieindikation gegeben\*  ja  nein
- Beurteilung Verlauf /bisherig Erreichtes/Setting/Medikation\*
- Beurteilung Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose)\*
- Weitere Bemerkungen zur Therapie

Datum\*

Unterschrift und Stempel Facharzt/Fachärztin\*