

Deckblatt

Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung

Die Pflicht zur Beilage entfällt, wenn der/die anordnende Arzt/Ärztin selbst Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist oder über den interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) verfügt*.

Ja, ich habe den Bericht der psychologischen Psychotherapeut/-in zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

*Pflichtfelder

Anordnende/r Ärztin/Arzt

Name* _____

Adresse* _____

Telefon* _____

E-Mail* _____

ZSR oder GLN* _____

Aus- und Weiterbildungstitel _____

Datum* _____

Unterschrift und Stempel _____

Patient/in

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum* _____ Geschlecht* _____

Versicherung* _____

Versicherten-Nr. _____

Strasse* _____

PLZ/Ort* _____

Telefon* _____

Bemerkungen/Ergänzungen

1. Teil: Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

*Pflichtfelder

Patient/in (gemäss Deckblatt)

Name* _____

Vorname* _____

Psychol. Psychotherapeut/in

Name* _____

Institution _____

Adresse* _____

Telefon* _____

E-Mail* _____

ZSR oder GLN* _____

Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die gesetzlich verlangten Informationen dokumentiert werden (Art. 11b in Verbindung mit Art. 3b KLV).

- Kurze und aktuelle Krankheits-Anamnese und Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung; bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)*
- Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr)*
- Sind frühere Behandlungen bekannt?* Ja Nein Unbekannt
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

Die Pflicht zur Beilage entfällt, wenn der/die anordnende Arzt/Ärztin selbst Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist oder über den interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM) verfügt*.

Ja, ich habe den Bericht der psychologischen Psychotherapeut/-in zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

**Pflichtfelder*

Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Patient/in (gemäss Deckblatt)
Name* _____	Name* _____
Institution* _____	Vorname* _____
Adresse* _____	
Telefon* _____	
E-Mail* _____	
ZSR oder GLN* _____	

Präambel: Der 1. Teil «Bericht des/der psychologischen Psychotherapeut/in» muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/Fachärztin 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 / bisher Erreichtes / Setting / Medikation*

- Beurteilung «Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose)*

- Weitere Bemerkungen zur Therapie

Datum* _____

Unterschrift und Stempel Facharzt/Fachärztin* _____