|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erstbericht****Psychotherapeutenverfahren** | **- UV-Träger -** |  | Lfd. Nr. |
|  | […] |
| Unfallversicherungsträger | Aktenzeichen des UV-Trägers | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] | […] |
| Name, Vorname der/des Versicherten | Geburtsdatum | Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse) |
| […] | […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen |
| […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen) |
| […] |
| Vollständige Anschrift der/des Versicherten | Telefon-Nr. der/des Versicherten | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 **Angaben der/des Versicherten**  |
| 2.1 Unfallgeschehen und anschließender Verlauf (subjektive Wahrnehmung) |
| […] |
| 2.2 Aktuelle berufliche/schulische Situation |
| […] |
| 2.3 Sozialanamnese |
| […] |
| 2.4 Aktuelle Beschwerden/Beeinträchtigungen |
| […] |
| 2.5 Frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen/Behandlungen auf psychischem Gebiet |
| […] |
| 2.6 Art der ersten Versorgung/Betreuung |
| […] |
| 3 **Befund** (gegenwärtiger psychischer Befund) |
| […] |
| 4 **Vorläufige Diagnosen**  | ICD-10[…] |
| […] |

|  |
| --- |
| 5 **Erforderliche Maßnahmen** |
| 5.1 Psychotherapeutische Behandlung |
| [ ]  Ambulant (bis zu 5 probatorische Sitzungen)  | Dauer/Zeitintervalle:  | […] |
| Begründung |
| […] |
| [ ]  Keine Behandlung, weil […] |
| 5.2 Art der Medikation |
| […] |
| 5.3 Empfehlung weiterer Maßnahmen |
| [ ]  Konsiliarische Vorstellung bei  | Bitte Fachgebiet und genaue Anschrift eingeben |
| Begründung |
| […] |
| [ ]  Stationäre Behandlung |
| Begründung |
| […] |
| [ ]  Sonstige |
| Begründung |
| […] |
| 6 **Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte) |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, voraussichtlich bis […] |
| Begründung |
| […] |
| **7 Bemerkungen** |
| […] |
| Datum | Unterschrift  | Anschrift/Stempel  |
| […] |  | […] |
|  |
| **Datenschutz** |
| Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII]). |
|  |

|  |
| --- |
| **Rechnung** |
| Berichtsgebühr | nach Nr. | P 35 | GVP\* |  | […] EUR | \* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten-verfahrens |
|  |  |  |  |
| Behandlungstag […] |  |  |  |  |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  |  |  |  |
| Behandlungstag […] |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  |  |  |  |
| Behandlungstag […] |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  |  |  |  |
| Behandlungstag […] |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  |  |  |  |
| Behandlungstag […] |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  |  |  |  |
| Porto |  |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |
|  | zusammen |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |