

Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag (Behandlungsplan) Psychotherapeutenverfahren			Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
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
Unfalltag				
1 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie				
2 Anamnese (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)				
3 Aktuelle Beschwerden (Angaben der/des Versicherten)				
4 Aktueller Befund 4.1 Psychotherapeutischer Befund 4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse) 4.3 Ggf. sonstige Befunde				
5 Diagnosen (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)			ICD-10	
6 Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände (unfallunabhängig)				
7 Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung				
8 Begründung des Antrags auf Weiterbehandlung (Behandlungsplan) 8.1 Begründung der psychotherapeutischen Behandlungsform 8.2 Therapieziele und Behandlungsstrategie 8.3 Geplante Therapiemaßnahmen 8.4 Behandlungsfrequenz und Sitzungsdauer (Stundenzahl)				
9 Muss eine Bezugsperson mit einbezogen werden (z. B. bei Kindern und Jugendlichen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung				

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

10 **Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)
 Nein Ja, voraussichtlich bis
Begründung

11 **Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit** (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Unfallbetrieb)

12 **Empfehlung weiterer Maßnahmen**
12.1 Art der Medikation

12.2 Konsiliarische Vorstellung bei
Begründung

12.3 Stationäre Behandlung
Begründung

12.4 Sonstige
Begründung

13 **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]).

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Rechnung

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 37	GVP*	_____ EUR	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		_____ EUR =====	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –