

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

## Konsiliarbericht

Vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten

Auf Veranlassung von

Name des Therapeuten

Patientenchartre

**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 anamnestische 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig.

Ausstellungsdatum

		M	M						

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes