

DECKBLATT (Blatt 1/3)

Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung (Version 1.0)

Anordnende/r Ärztin/Arzt* (*Pflichtfelder)

Name*

Adresse*

Tel. / E-Mail*

Aus- und Weiterbildungstitel*

ZSR (oder GLN)*

Datum*

Unterschrift und Stempel anordnende/r Ärztin/Arzt*

Patient/in* (*Pflichtfelder)

Name*

Geburtsdatum*

Strasse*

Telefon*

Versicherung*

Vorname*

Geschlecht*

PLZ/Ort*

Versicherten-Nr.

- Bemerkungen/Ergänzungen

1. Teil: Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

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

Name*

Vorname*

Psychol. Psychotherapeut/in*

Sybille Studer

Praxis für Psychotherapie Sybille Studer

Breitfeld 11, 6403 Küssnacht

Tel. 079 292 37 48, sybille.studer@psychologie.ch

ZSR K277305

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 für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

Name*/Institution

Adresse*

Tel./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/die 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*