|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verlaufsbericht**  **Psychotherapeutenverfahren** | | | | | | | **- UV-Träger -** | | | | | |  | | | | 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. **Aktueller psychischer Befund und bisheriger Verlauf der Psychotherapie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. **Diagnose** | | | | | | | | | | | | | | | ICD-10  […] | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |
| 3. **Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Keine | Folgende […] | | | | | | | | Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert? | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | Nein  Ja, um ca. […] Tage | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. **Ist die Zuziehung von Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein | | Ja, zugezogen wird […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. **Ist eine Änderung des Behandlungsplans (Therapieziele) erforderlich?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein | | Ja, ggf. welche? […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | wahrscheinlich ab […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. **Vom Unfall/Trauma unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder (hinzugetretene) Konflikte, die für die Beurteilung von Bedeutung sind?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. **Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein | | Ja, voraussichtlich bis […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Begründung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. **Kann die/der Versicherte ihre/seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ja, uneingeschränkt | | | | Ja, aber […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vorübergehend oder | | | | Dauerhaft eingeschränkt, weil […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. **Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit** (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Unfallbetrieb) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Ziff. P 38 des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens.  Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |