|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag** | | | | | | | |  | | Lfd. Nr. | |
|  | | | | | | | |  | | […] | |
| **(Behandlungsplan)**  **Psychotherapeutenverfahren** | | | | **- UV-Träger -** | | | |  | |  | |
| 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/Umstände** (unfallunabhängig) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 7 **Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störungen?** | | | | | | | | | | | |
| Nein | 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)**?** | | | | | | | | | | | |
| Nein | Ja | | | | | | | | | | |
| Begründung | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 Bitte Fachgebiet und genaue Anschrift angeben | | | |
| 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]). | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rechnung** | | | | | | | |
| Berichtsgebühr | | nach Nr. | P 37 | GVP\* |  | […] EUR | \* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten-verfahrens |
|  | |  | | |  |  |
| 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) – |