

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/Umstände (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) –
-----------------	--