**Deckblatt**

# Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung

Die Pflicht zur Beilage entfällt, wenn der/die anordnende Arzt/Ärztin selbst Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist oder über den interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomati- sche und psychosoziale Medizin (SAPPM) verfügt\*.

## Ja, ich habe den Bericht der psychologischen Psychotherapeut/-in zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

*\*Pflichtfelder*

|  |  |
| --- | --- |
| **Anordnende/r Ärztin/Arzt** | |
| Name\* |  |
| Adresse\* |  |
| Telefon\* |  |
| E-Mail\* |  |
| ZSR oder GLN\* |  |
| Aus- und Wei- terbildungstitel |  |
| Datum\* |  |
| Unterschrift und Stempel |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in** |  |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |
| Geburtsdatum\* |  |
| Geschlecht\* | M  W  D |
| Versicherung\* |  |
| Versicherten-Nr. |  |
| Strasse\* |  |
| PLZ/Ort\* |  |
| Telefon\* |  |

Bemerkungen/Ergänzungen:

# Teil: Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

*\*Pflichtfelder*

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in (gemäss Deckblatt)** | |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychol. Psychotherapeut/in** | |
| Name\* |  |
| Institution |  |
| Adresse\* |  |
| Telefon\* |  |
| E-Mail\* |  |
| ZSR oder GLN\* |  |

*Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die gesetzlich verlangten Informationen dokumentiert werden (Art. 11b in Verbindung mit Art. 3b KLV).*

* + Kurze und aktuelle Krankheits-Anamnese und Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung; bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)\*

     

* + Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr)\*

     

* + Sind frühere Behandlungen bekannt?\*  Ja  Nein Unbekannt

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\* |  |

# Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

Die Pflicht zur Beilage entfällt, wenn der/die anordnende Arzt/Ärztin selbst Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist oder über den interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomati- sche und psychosoziale Medizin (SAPPM) verfügt\*.

## Ja, ich habe den Bericht der psychologischen Psychotherapeut/-in zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

*\*Pflichtfelder*

|  |  |
| --- | --- |
| **Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für**  **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** | |
| Name\* |  |
| Institution\* |  |
| Adresse\* |  |
| Telefon\* |  |
| E-Mail\* |  |
| ZSR oder GLN\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in (gemäss Deckblatt)** | |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |

*Präambel: Der 1. Teil «Bericht des/der psychologischen Psychotherapeut/in» muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vor- liegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/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\* |  |