**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\* |  |