

Auftrags-Formular-TherapeutIn (Seite 1)

Datum:

Fall-Daten zu der Chiffre:

weibl. () männl. () Beihilfe () privat () gesetzlich ()

Kostenerstattung () Einzeltherapie () Gruppentherapie ()

Bei Gruppentherapie:

Anteil Männer/Frauen () geschlossen () offen () halboffen () Durchschnittsalter ()

Diagnosen und Themen der Gruppenmitglieder :

Beginn der Behandlung:

Angaben zum aktuellen Antrag:

Erstantrag Langzeit VT (60___) TP (60 ___) AP (160/80___)

Umwandlung Kurzzeit in Langzeit VT (+36___) TP (+36___) AP (+146/56___)

Fortführung VT (+20___) TP (+40/20___) AP (+140/70___)

KJP EA () UA () FF () VT (___) TP (___) AP (___)

Ergänzungen:

Wechsel TherapeutIn: Begründung:

Anzahl übernommener Stunden:

Angaben zum TherapeutIn:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon: Fax: E-Mail:

Versandart:

E-Mail: Ausdruck: Express: bis spätestens:

ProSupervision

Supervision und Berichtsentwurf nach Psychotherapie-Richtlinien

Auftrags-Formular-TherapeutIn (Seite 2 - ggf. Zusatzblätter verwenden)

PatientIn- Chiffre:

Ihr Diagnosevorschlag (ICD-10): Bei Essstörungen bitte BMI angeben:

Ihr Ersteindruck (Erst- und Umwandlungsanträge):

Ressourcen des/der Patienten/-in:

Skizzieren Sie bitte den Behandlungsverlauf (Umwandlungs- und Fortführungsantrag):

Besonderheiten/Kommentare:

Relevante Angaben aus dem Konsiliarbericht und/oder einer gutachterlichen Stellungnahme (auch Klinikberichte), wenn nicht beigelegt:

Ambulante Vorbehandlungen:

Dauer/Datum: (_____) Verfahren: (___) Stundenzahl: (___)

Diagnose: (_____)

Stationäre Vorbehandlungen:

Dauer/Datum: (___) Diagnose: (_____) Abschlussbericht liegt vor? Ja (___) Nein (___)

*“Bitte verwenden Sie falls nötig Büroklammern, der Verzicht auf Tacker
schont Unterlagen, Scanner und Ressourcen. Vielen Dank! ”*