

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 beauftragten Antrag: (Wir müssen erkennen können ob VT, TP, oder AP!)

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

Umwandlung Kzt/Lzt VT (+36___) TP (+36___) AP (+146/56___)

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

KJP _____

(Bitte berücksichtigen Sie bei KJP auch den psychischen Befund der Eltern, die Elternarbeit und die Beziehungsdynamik Eltern-Kind)

Ergänzungen

Akuttherapie:

Wechsel TherapeutIn:

Begründung:

Anzahl übernommener Stunden:

Ambulante Vorbehandlungen:

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

Diagnose: ()

Stationäre Vorbehandlungen:

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

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:

Achtung!

Weder der Name der Behandler noch der Name der Patienten gehört auf diese Unterlagen