

**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**