

**DECKBLATT (Blatt 1/3)**

**Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung  
(Version 1.0)**

**Anordnende/r Ärztin/Arzt\* (\*Pflichtfelder)**

Name\* \_\_\_\_\_

Adresse\* \_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_ ZSR (oder GLN)\* \_\_\_\_\_

Aus- und Weiterbildungstitel\* \_\_\_\_\_

Datum\* \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel anordnende/r Ärztin/Arzt\*

**Patient/in\* (\*Pflichtfelder)**

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Geschlecht\* \_\_\_\_\_

Strasse\* \_\_\_\_\_ PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

Versicherung\* \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**Bemerkungen/Ergänzungen**

1. Teil: Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

Patient/in (gemäss Deckblatt)\* (\*Pflichtfelder)

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Psychol. Psychotherapeut/in\*

Name\* \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

Adresse\* \_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_ ZSR (oder GLN)\* \_\_\_\_\_

Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die vom Gesetz (Art. 11b KLV) verlangten Informationen dokumentiert werden.

Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte ausführlich, bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)\*

[Empty text box for anamnesis/symptoms]

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

[Empty text box for diagnostic assessment]

Sind frühere Behandlungen bekannt?\*  ja  nein

Wenn ja, welche

[Empty text box for previous treatments]

Art und Setting der aktuellen Behandlung\*

[Empty text box for current treatment]

Behandlungsverlauf bis heute, Indikation zur Fortsetzung der Behandlung und Ziel\*

[Empty text box for treatment course]

Vorschlag für das weitere Prozedere: Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose\*

[Empty text box for further procedure]

Bemerkungen/Ergänzungen

[Empty text box for remarks]

Datum\* \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel psychol. Psychotherapeut/in\*

## 2. Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

**Facharzt/-ärztin** für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie\*

Name\* \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_  
Adresse\* \_\_\_\_\_  
Tel.\* \_\_\_\_\_  
E-Mail\* \_\_\_\_\_ ZSR (oder GLN)\* \_\_\_\_\_

*Präambel: Der 1. Teil Bericht des/der psychologischen Psychotherapeut/in muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/die 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\*