**DECKBLATT (Blatt 1/3)**

**Antrag zur Fortsetzung der psychologische Psychotherapie nach der 30. Sitzung**

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

Name\*

Adresse\*

Tel. / E-Mail\* ZSR (oder GLN)\*

Aus- und Weiterbildungstitel\*

Datum\* Unterschrift und Stempel anordnender Arzt/Ärztin\*

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

Name\* Vorname\*

Geburtsdatum\* Geschlecht\*

Strasse\* PLZ/Ort\*

Telefon\*

Versicherung\* Versicherten-Nr.

|  |
| --- |
| * Bemerkungen/Ergänzungen |

1. **Teil: Bericht psychologischer 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)\* * Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.)\* * Sind frühere Behandlungen bekannt?\* ☐ ja ☐ nein   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\*

1. **Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin**

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

Name\*/Institution

Adresse\*

Tel./E-Mail\* ZSR (oder GLN)\*

|  |
| --- |
| *Präambel: Der 1. Teil Bericht des/der psychologischen PsychotherapeutInnen muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/-ärztin 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 /bisherig Erreichtes/Setting/Medikation\* * Beurteilung Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose)\* * Weitere Bemerkungen zur Therapie |

Datum\* Unterschrift und Stempel Facharzt/Fachärztin\*