

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___) Erw___KJP__

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

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

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

Ergänzungen:

Wechsel TherapeutIn: Begründung:

Anzahl übernommener Stunden:

Angaben zum TherapeutIn: (Beim direkten Upload bitte frei lassen!)

Name:

Straße:

PLZ: Ort: Telefon: E-Mail:

Versandart:

Express:

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 (___)