

<b>Folgebericht mit Weiterbehandlungsantrag (Behandlungsplan) Psychotherapeutenverfahren</b>			Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)				
Vollständige Anschrift der/des Versicherten		Telefon-Nr. der/des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag				
<b>1 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie</b>				
2 <b>Anamnese</b> (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)				
3 <b>Aktuelle Beschwerden</b> (Angaben der/des Versicherten)				
<b>4 Aktueller Befund</b> 4.1 Psychotherapeutischer Befund  4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse)  4.3 Ggf. sonstige Befunde				
5 <b>Diagnosen</b> (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)			ICD-10	
6 <b>Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände</b> (unfallunabhängig)				
<b>7 Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störungen?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung				
<b>8 Begründung des Antrags auf Weiterbehandlung (Behandlungsplan)</b> 8.1 Begründung der psychotherapeutischen Behandlungsform  8.2 Therapieziele und Behandlungsstrategie  8.3 Geplante Therapiemaßnahmen  8.4 Behandlungsfrequenz und Sitzungsdauer (Stundenzahl)				
<b>9 Muss eine Bezugsperson mit einbezogen werden</b> (z. B. bei Kindern und Jugendlichen)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Begründung				

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**10 Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)  
 Nein       Ja, voraussichtlich bis  
Begründung

**11 Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit** (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Unfallbetrieb)

**12 Empfehlung weiterer Maßnahmen**  
12.1 Art der Medikation

12.2  Konsiliarische Vorstellung bei  
Begründung

12.3  Stationäre Behandlung  
Begründung

12.4  Sonstige  
Begründung

**13 Bemerkungen**

Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel
-------	--------------	-------------------

**Datenschutz**  
Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII]).

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**Rechnung**

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 37	GVP*	_____ EUR	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		<u>_____ EUR</u> <u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –