**DECKBLATT (Blatt 1/3)**

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

**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)\*
* 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 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\*