
Name des Patienten / der Patientin

geb. am

Datum

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von: Dritte Welle Psychotherapie
Koopstraße 20
20144 Hamburg

Chiffre ____ _____ des Patienten / der Patientin
Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist _____ erforderlich _____ nicht erforderlich _____ erfolgt _____ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Exemplar für den Gutachter /
die Gutachterin**

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von: Dritte Welle Psychotherapie
Koopstraße 20
20144 Hamburg

Chiffre _____ des Patienten / der Patientin
Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und
jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin