

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Konsiliarbericht

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

Dr. Dr. Josef Robrecht
 Dipl.-Psych. Dipl.-Theol.
 Psychol. Psychotherapeut
 Graf-Dürckheim-Weg 8
 D-79682 Todtnoos
58 70 899

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), 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:

Diese Bescheinigung ist berechnungsfähig nach Nr. 76 EBM

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes