

Aus Datenschutzgründen freibleibend**Auf Veranlassung von:**

keine

Arztnummer

Praxis Lübberding & Kolleg:innen

keine

Name des Therapeuten

Betriebsstättennummer

Chiffre

des Patienten

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens | Geburtsdatum**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 anamnestiche 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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Gutachter

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF.NR.
Muster 22b/E (10.2014)

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Konsiliarbericht

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

22

Auf Veranlassung von:

keine
Arztnummer

Praxis Lübberding & Kolleg:innen

Name des Therapeuten

keine

Betriebsstättennummer

Aus Datenschutzgründen freibleibend

- ☐ Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)
- ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes