

<b>Erstbericht Psychotherapeutenverfahren</b>				<b>- UV-Träger -</b>		Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname der/des Versicherten			Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)		
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
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit Uhr		Ende der Arbeitszeit Uhr			
<b>2 Angaben der/des Versicherten</b>							
2.1 Unfallgeschehen und anschließender Verlauf (subjektive Wahrnehmung)							
2.2 Aktuelle berufliche/schulische Situation							
2.3 Sozialanamnese							
2.4 Aktuelle Beschwerden/Beeinträchtigungen							
2.5 Frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen/Behandlungen auf psychischem Gebiet							
2.6 Art der ersten Versorgung/Betreuung							
<b>3 Befund</b> (gegenwärtiger psychischer Befund)							
<b>4 Vorläufige Diagnosen</b>						ICD-10	

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

**5 Erforderliche Maßnahmen**

5.1 Psychotherapeutische Behandlung

Ambulant (bis zu 5 probatorische Sitzungen) Dauer/Zeitintervalle:  
Begründung

Keine Behandlung, weil

5.2 Art der Medikation

5.3 Empfehlung weiterer Maßnahmen

Konsiliarische Vorstellung bei  
Begründung

Stationäre Behandlung  
Begründung

Sonstige  
Begründung

**6 Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)

Nein  Ja, voraussichtlich bis  
Begründung

**7 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 35	GVP*	_____	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten- verfahrens
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		_____	EUR
				_____	EUR

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