

Unfall _____, geb. _____, vom _____
- Anschrift: _____, Tel.: _____

Auftrag Heilverfahrenskontrolle bei psychischen Gesundheitsstörungen

Sehr geehrte _____, *drop-down: ~ Sehr geehrte Frau / ~ Sehr geehrter Herr*

bitte untersuchen Sie die versicherte Person im Rahmen einer Heilverfahrenskontrolle und erstatten Sie uns einen ausführlichen Bericht.

Die versicherte Person klagt über nachstehende psychische Beschwerden, die auf die Folgen des o. g. Unfalls zurückgeführt werden:

Bitte gehen Sie von folgendem Unfallhergang aus:

- Bei der versicherten Person wurde eine _____ diagnostiziert.
- Psychotherapie findet seit dem _____ statt.

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Welche Gesundheitsbeschwerden/-störungen trägt die versicherte Person vor?
2. Bitte beschreiben Sie den Befund.
3. Welche Gesundheitsstörungen gemäß ICD-10 Klassifikationen ordnen Sie dem Befund zu?
4. Halten Sie eine psychotherapeutische Behandlung für erforderlich bzw. die laufende Therapie für ausreichend? Welche therapeutischen Maßnahmen empfehlen Sie?
5. Wie wirken sich die von Ihnen erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit aus?

...

Az.: , Name:

6. Gibt es Hinweise auf unfallunabhängige Faktoren, die zur Verursachung oder Aufrechterhaltung der diagnostizierten psychischen Störung beitragen, ggf. welche?
7. Halten Sie eine Begutachtung auf Ihrem oder einem anderen Fachgebiet für erforderlich?
8. Können Sie weitere Hinweise geben, die im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung und Behandlung zu beachten wären?

Unsere Unterlagen sind beigelegt.

Der vollständige Bericht über die Heilverfahrenskontrolle wird mit 306,00 EUR vergütet, zuzüglich notwendiger diagnostischer Testverfahren entsprechend Ziffer P 23 und P 24 des Gebührenverzeichnisses zum Psychotherapeutenverfahren.

Bitte teilen Sie uns auf beiliegender Rückinformation mit, wann Sie die Untersuchung durchführen.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn die versicherte Person den Untersuchungstermin verschiebt, nicht wahrnimmt oder Sie den Bericht aus anderen Gründen nicht innerhalb von zwei Wochen erstatten können.

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen dem Sozialdatenschutz. Sie dürfen diese Daten nur zu dem Zweck verwenden, zu dem wir sie übermittelt haben. Ferner sind Sie verpflichtet das Sozialgeheimnis zu wahren und die Daten nicht Unbefugten zu übermitteln.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

- Einladungsschreiben (V 9908)
- Aktenauszug (Bl.)

Bitte zurücksenden an
Adresse UV-Träger

Az.:

Name:

Ihr Auftrag zur Heilverfahrenskontrolle

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Unterlagen zur Durchführung der Heilverfahrenskontrolle habe ich erhalten.

Die Untersuchung erfolgt am _____ .

(Datum)

(Unterschrift)