

Verlaufsbericht Psychotherapeutenverfahren		- UV-Träger -		Lfd. Nr.
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		
Name, Vorname der/des Versicherten		Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
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
Unfalltag				
1. Aktueller psychischer Befund und bisheriger Verlauf der Psychotherapie				
2. Diagnose				ICD-10
3. Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen				
<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Folgende <div style="float: right; text-align: right;"> Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, um ca. Tage </div>				
4. Ist die Zuziehung von Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird				
5. Ist eine Änderung des Behandlungsplans (Therapieziele) erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. welche? wahrscheinlich ab				
6. Vom Unfall/Trauma unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen oder (hinzugetretene) Konflikte, die für die Beurteilung von Bedeutung sind?				
7. Arbeitsunfähigkeit (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis				
Begründung				
8. Kann die/der Versicherte ihre/seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?				
<input type="checkbox"/> Ja, uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Ja, aber <input type="checkbox"/> Vorübergehend oder <input type="checkbox"/> Dauerhaft eingeschränkt, weil <input type="checkbox"/> Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil <input type="checkbox"/> Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil				
9. Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Unfallbetrieb)				
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]). Rechnung Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Ziff. P 38 des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.				