

Abschlussbericht 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 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie					
2 Anamnese (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)					
3 Aktuelle Beschwerden (Angaben der/des Versicherten)					
4 Aktueller Befund					
4.1 Psychotherapeutischer Befund					
4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse)					
4.3 Ggf. sonstige Befunde					
5 Diagnosen (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)				ICD-10	
6 Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände (unfallunabhängig)					
7 Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störung?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Begründung					
8 Arbeitsunfähigkeit (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte)					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich bis Begründung					

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

9 Kann die/der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?

Ja, uneingeschränkt Ja, aber
 Vorübergehend Dauerhaft eingeschränkt, weil
 Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

10 Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit (z. B. Belastungserprobung im Unfallbetrieb)

11 Empfehlung weiterer Maßnahmen

11.1 Art der Medikation

11.2 Konsiliarische Vorstellung bei Begründung

11.3 Stationäre Behandlung Begründung

11.4 Sonstige Begründung

12 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 39	GVP*	<u>EUR</u>	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
	nach Nr.	<u> </u>	GVP*	<u>EUR</u>	
Porto				<u>EUR</u>	
		zusammen		<u><u>EUR</u></u>	

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