

Kurzbericht 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 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 Es besteht der Verdacht der Erkrankung auf einem anderen Fachgebiet

Nein Ja

_____ (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben)

Nebenerkrankungen, die einer weiteren Abklärung bedürfen

_____ (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben)

2 Empfehlung weiterer Maßnahmen

Stationäre Behandlung
Begründung

Diagnostik
Art der Maßnahme

Sonstiges

3 Die/der Versicherte ist zum Termin am _____ nicht erschienen

Begründung

4 Sonstige besondere Vorkommnisse

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 34 (10,00 EUR) des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.