
Name des Patienten / der Patientin

geb. am

Datum

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von: Cathrin Reichel-Ouda
Psychologische Psychotherapeutin
Elsasser Strasse 97
28211 Bremen

Chiffre ____ _____ des Patienten / der Patientin
Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische Abklärung ist nicht erforderlich erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig nein ja
ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.) Ja Nein

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Ja Nein

Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Exemplar für den Gutachter /
die Gutachterin**

Aus Datenschutzgründen freibleibend

Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von: Cathrin Reichel-Ouda
Psychologische Psychotherapeutin
Elsasser Strasse 97
28211 Bremen

Chiffre _____ des Patienten / der Patientin
Anfangsbuchstabe Geburtsdatum
des Familiennamens

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische Abklärung ist nicht erforderlich erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig nein ja
ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.) Ja Nein

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Ja Nein

Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel /
Unterschrift des Arztes / der Ärztin