|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Erstbericht**  **Psychotherapeutenverfahren** | | | | **- UV-Träger -** | | | |  | | Lfd. Nr. | |
|  | | […] | |
| Unfallversicherungsträger | | Aktenzeichen des UV-Trägers | | | | | Eingetroffen am | | Uhrzeit | | |
| […] | | […] | | | | | […] | | […] | | |
| Name, Vorname der/des Versicherten | | | | | Geburtsdatum | | Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse) | | | | |
| […] | | | | | […] | | […] | | | | |
| 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 |
| […] | | | | | | | […] | | […] | | […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | | | Beginn der Arbeitszeit | | | Ende der Arbeitszeit | | | | |
| […] | […] | | | […] | | Uhr | […] | Uhr | | | |
| 2 **Angaben der/des Versicherten** | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Unfallgeschehen und anschließender Verlauf (subjektive Wahrnehmung) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2.2 Aktuelle berufliche/schulische Situation | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2.3 Sozialanamnese | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2.4 Aktuelle Beschwerden/Beeinträchtigungen | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2.5 Frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen/Behandlungen auf psychischem Gebiet | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2.6 Art der ersten Versorgung/Betreuung | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 3 **Befund** (gegenwärtiger psychischer Befund) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 4 **Vorläufige Diagnosen** | | | | | | | | | ICD-10  […] | | |
| […] | | | | | | | | |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 **Erforderliche Maßnahmen** | | | | | |
| 5.1 Psychotherapeutische Behandlung | | | | | |
| Ambulant (bis zu 5 probatorische Sitzungen) | | | | Dauer/Zeitintervalle: | […] |
| Begründung | | | | | |
| […] | | | | | |
| Keine Behandlung, weil […] | | | | | |
| 5.2 Art der Medikation | | | | | |
| […] | | | | | |
| 5.3 Empfehlung weiterer Maßnahmen | | | | | |
| Konsiliarische Vorstellung bei | | | Bitte Fachgebiet und genaue Anschrift eingeben | | |
| Begründung | | | | | |
| […] | | | | | |
| Stationäre Behandlung | | | | | |
| Begründung | | | | | |
| […] | | | | | |
| Sonstige | | | | | |
| Begründung | | | | | |
| […] | | | | | |
| 6 **Arbeitsunfähigkeit** (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte) | | | | | |
| Nein | Ja, voraussichtlich bis […] | | | | |
| Begründung | | | | | |
| […] | | | | | |
| **7 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]). | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rechnung** | | | | | | | |
| Berichtsgebühr | | nach Nr. | P 35 | GVP\* |  | […] EUR | \* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten-verfahrens |
|  | |  | | |  |  |
| Behandlungstag […] | | |  |  |  |  |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | | | |  |  |  |
| Behandlungstag […] | | | | | | |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | | | |  |  |  |
| Behandlungstag […] | | | | | | |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | | | |  |  |  |
| Behandlungstag […] | | | | | | |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | | | |  |  |  |
| Behandlungstag […] | | | | | | |  |
| PsychotherapeutischeLeistungen | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | nach Nr. | […] | GVP\* |  | […] EUR |
|  | | | | |  |  |  |
| Porto |  | | | |  | […] EUR |  |
|  |  | | | |  |  |  |
|  | zusammen | | | |  | […] EUR |  |
|  |  | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer  […] | **Institutionskennzeichen (IK)**  […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |