

<b>Abschlussbericht Psychotherapeutenverfahren</b>		- 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				
<b>1 Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse der Psychotherapie</b>				
2 <b>Anamnese</b> (Ergänzungen gegenüber früherem Bericht)				
3 <b>Aktuelle Beschwerden</b> (Angaben der/des Versicherten)				
4 <b>Aktueller Befund</b>				
4.1 Psychotherapeutischer Befund				
4.2 Ggf. Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen (Nennung der Tests und der Ergebnisse)				
4.3 Ggf. sonstige Befunde				
5 <b>Diagnosen</b> (einschl. differentialdiagnostischer Überlegungen)			ICD-10	
6 <b>Sonstige belastende Ereignisse/Umwstände</b> (unfallunabhängig)				
7 <b>Bestehen Zweifel an der unfallbedingten Verursachung der psychischen Störung?</b>				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,				
Begründung				
8 <b>Arbeitsunfähigkeit</b> (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. stufenweise Wiedereingliederung 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*	_____ EUR	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
	nach Nr.	_____	GVP*	_____ EUR	
Porto				_____ EUR	
		zusammen		<u>_____ EUR</u> <u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b> Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
-----------------	--