

_____
Name des Patienten / der Patientin
_____
geb. am
_____
Datum

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

**Auf Veranlassung von:** Dritte Welle Psychotherapie  
Koopstraße 20  
20144 Hamburg

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 bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist \_\_\_\_\_ erforderlich \_\_\_\_\_ nicht erforderlich \_\_\_\_\_ erfolgt \_\_\_\_\_ veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---

---

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

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich  
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:** Dritte Welle Psychotherapie  
Koopstraße 20  
20144 Hamburg

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 bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und  
jugendpsychiatrische Abklärung ist      erforderlich      nicht erforderlich      erfolgt      veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---

---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-  
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin