

Auftragsbogen für Therapeut:innen

Datum:

Ihr Name:

Psycholog. Psychotherapeut:in ()

Ärztliche Psychotherapeut:in ()

Antragsform: Bitte wählen Sie eine Option

Erstantrag Langzeit VT (60) ()

Umwandlung nach KZT 1 VT (48) ()

Umwandlung nach KZT 2 VT (36) ()

Fortführung VT (20) ()

Expressauftrag (+40€; 72h, inkl. WE, exkl. ()
Feiertage). Wunschtermin:

Angaben zum Fall

Chiffre der Patient:in:

weiblich () männlich () divers ()

gesetzlich () Kostenerstattung () Beihilfe () Privat ()

Einzeltherapie () Gruppentherapie ()

➔ Bei Gruppentherapie: Angabe von Gruppengröße, -zusammensetzung und Konzept:

Behandlungsbeginn:

Ist eine **Rezidivprophylaxe** geplant?

➔ Ja, mit ___ Stunden () Nein () Noch nicht absehbar ()

Ergänzungen

Akuttherapie:

Wechsel der Therapeut:in:

➔ Begründung für Wechsel:

➔ Anzahl der übernommenen Stunden:

Ambulante Vorbehandlungen:

Dauer/Datum: _____ Verfahren: _____ Stundenzahl: _____

Diagnose: _____ Ergebnis: _____

Stationäre Vorbehandlungen:Dauer/Datum: _____ Diagnose: _____ Klinikbericht vorliegend? Ja (☐) Nein (☐)

Ergebnis: _____

Bitte achten Sie auf die Anonymisierung der Daten, auch bei ggf. beigelegten Berichten.

Insbesondere bei vielen Vorbehandlungen/Überschreitung des Zwei-Jahres-Intervalls:
Welche Anpassungen oder Veränderungen sind in den zu beantragenden Therapiestunden geplant
(z. B. hinsichtlich Diagnose, Verfahren, Behandlungsfokus oder eingesetzter Methoden)?

Diagnosen (nach ICD-10):

Bei Essstörungen bitte BMI angeben:

Ihr **Ersteindruck** (z.B. Auffälligkeiten in Kontaktaufnahme, Interaktion oder Erscheinungsbild):

Symptomatik/Psychopathologischer Befund inkl. Schwere der Belastung (ggf. Ergebnisse von
relevanter Testdiagnostik):

Worin sehen Sie den **Auslöser** für die aktuelle Symptomatik?

Ressourcen der Patient:in:

Behandlungsplan: Welche therapeutischen Schwerpunkte und Methoden stehen im Vordergrund?

Bisheriger Behandlungsverlauf *(nur für Umwandlungs- und Fortführungsantrag):*

Bitte skizzieren Sie den bisherigen Therapieverlauf. Welche Veränderungen der Symptomatik und Therapieziele konnten erreicht werden?

Gibt es Verschlechterungen der Symptomatik oder eine neu aufgetretene Symptomatik? *(optional)*

Welche Ziele stehen im weiteren Therapieverlauf noch im Vordergrund? Hat sich die Lebenssituation verändert? *(optional)*

Wichtige Ergänzungen? *(optional)*

Bitte fassen Sie die relevanten Angaben aus dem **Konsiliarbericht**, Klinikberichten oder gutachterlichen Stellungnahmen zusammen, sofern diese nicht beiliegen: