

Name, Vorname der Patientin/des Patienten
geb. am

**Konsiliarbericht\***

vor Aufnahme

einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

- ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):

- ☐ Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation):

- ☐ Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erfolgt ☐ veranlasst  
Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

- ☐ Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja☐ nein

Ausfertigung für den Therapeuten

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift des Arztes

\*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.