

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

---

*Ausstellungsdatum*


---

*Stempel/Unterschrift des Arztes*

Ausfertigung für den Therapeuten

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