



Standort Wedding:  
Müllerstraße 156a  
13353 Berlin

Standort Mitte  
Chausseestr. 51  
10115 Berlin

## **An die behandelnde Ärztin, an den behandelnden Arzt**

### **Konsiliarbericht für die Beantragung einer Psychotherapie**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient möchte eine Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) in unserer Praxis wahrnehmen. Wir müssen im Vorgang prüfen, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte, würden wir Sie bitten den Konsiliarbericht auszufüllen. Aktuelle Medikation, Laborwerte und frühere Diagnosen sind für uns von Interesse.

Bei Rückfragen erreichen Sie unsere leitende Psychotherapeutin Frau Sema Akbunar unter der Mobilrufnummer: 0151 66 77 88 09 und der E-Mail [akbunar@ikpd.de](mailto:akbunar@ikpd.de).

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Psychologische Praxis mit interkulturellem Schwerpunkt

# Konsiliarbericht

## vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Auf Veranlassung von:

Arztnummer

Name des Therapeuten

Betriebsstättennummer

**Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche 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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

KBV-PRF NR. Muster 22a/E (10.2014)

## Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name der/des Patientin/en

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Diagnose (ICD-10):

\_\_\_\_\_

Bei der/dem oben genannten Patienten/in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für die/den Patientin/en als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie bei der Psychologischen Praxis mit interkulturellem Schwerpunkt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)