

Angaben zur Vorthherapie (P0)

Nachname, Vorname, Geburtstag des Kindes: _____

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____ ,

zur Fortführung meiner/ bzw. Therapie meines Kindes benötige ich nachfolgende Informationen:

1. Behandlungsverfahren:

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Systemische Therapie

2. Bei Verhaltenstherapie bitte bisherigen Behandlungsumfang (Anzahl der abgerechneten Leistungen) angeben:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akutbehandlung | Anzahl Therapieeinheiten _____ (a 50 Min) |
| <input type="checkbox"/> KZT1 | Anzahl Therapieeinheiten _____ |
| <input type="checkbox"/> KZT2 | Anzahl Therapieeinheiten _____ |
| <input type="checkbox"/> LZT | Anzahl Therapieeinheiten _____ |
| <input type="checkbox"/> Rezidivprophylaxe | Anzahl Therapieeinheiten _____ |

Datum Therapiebeginn: _____ Datum letzte Therapiesitzung: _____

3. Wurden übende Verfahren abgerechnet?

- ☐ Entspannung
- ☐ Hypnose
- ☐ Sonstige

4. Eingangsdiagnose(n):

5. Behandlungsanlass/Vorstellunggrund und Ausgangssymptomatik / psychischer Befund / Testbefunde:

6. Therapieziele:

7. Behandlungsverlauf und Methoden:

8. Diagnose bei Behandlungsende (ggf. differentialdiagnostische Überlegungen):

9. Prognose / vermutliche weitere Entwicklung / Empfehlungen zur psychotherapeutischen Weiterbehandlung:

Ggf. Informationen zur medikamentösen Behandlung (letzte Medikation):

Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift