

Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Lerntherapie

Angaben zur Vortherapie (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