



Susanne Müllender, Puschkinallee 2, 12435 Berlin

An die behandelnde Ärztin/  
an den behandelnden Arzt

Konsiliarbericht für die Durchführung Psychotherapie, Privatpraxis

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin/Ihr Patient hatte einen Termin zum psychotherapeutischen Erstgespräch in meiner Privatpraxis.

Infolgedessen bitte ich um einen Konsiliarbericht, um im Vorfeld einer Psychotherapie zu klären, ob somatische Ursachen für die psychischen Beschwerden verantwortlich sein könnten. Wichtig sind hierbei

- aktuelle Medikation,
- Laborwerte und
- Frühere Diagnosen.

Der Konsiliarbericht ist in erster Linie für die therapeutische Absicherung gedacht. Zur Beantragung der Therapie bei der Krankenkasse wird ein Exemplar des Berichtes mit geschwärztem Inhalt weitergegeben.

Falls Sie zu den Unterlagen Fragen haben, oder weitergehende Informationen benötigen, können Sie gerne Kontakt mit mir aufnehmen.

Freundliche Grüße,  
Susanne Müllender

1 Anlage/n

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

# 22

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

Auf Veranlassung von:  
**Dipl.-Psych.  
Susanne Müllender**  
Psychotherapeutische Praxis

7	2	3	2	0	7	1			
Arztnummer									
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: \_\_\_\_\_

---

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**