

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

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 anamnestische 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:

Arztnummer									
Betriebsstättennummer									

Dr. phil. Marion Schmitzmann gen. Potthmann
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Großer Burstah 53 - 20457 Hamburg
Tel. 040/ 33 36 35 77
02 12 58 99 88 03 39 75 76 9

Auf Veranlassung von:

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

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
TTMMJJ

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

U	U	M	M	T	T
---	---	---	---	---	---

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Art der Maßnahme:

Arztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erforderlich ☐ nicht erforderlich ☐ erfolgt ☐ veranlasst

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Auf Veranlassung von:		021296998 033975769		Praxis Pothmann		Name des Mitarbeiters Dr. phil. Marion Schmittgen gen. Pothmann Kinder- und Jugendlicheneinzeltherapeutin		Großer Bursch 53 - 20457 Hamburg Tel. 040 / 33 38 39 77	
				Chiffre		Anfangsbuchstabe des Familiennamens		Geburtsdatum	
				T T M M J J					
				Arztnummer		Betriebsstättennummer			

des Patienten

Auf Veranlassung von:

Konsiliarbericht

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

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Aussstellungsdatum

Vertragsgarstempel / Unterschrift des Arztes

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Art der Maßnahme:

Art der Maßnahme:

Konsiliarbericht

Auf Veranlassung von:

021296998 033975769

Dr. phil. Marion Schmittmann gen. Poltmann
Kinder- und Jugendlicheneinzeltherapeutin
Großer Burstah 53 - 20457 Hamburg
Tel. 040/ 33 36 35 77

Tel. 040/ 33 36 35 77

Betriebsstättennummer

Arztzimmer

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