



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung

Geht an Vertrauensarzt der Krankenkasse

Anordnende/r Ärztin/Arzt*

Name* / Institution

Adresse*

Tel. / E-Mail*

ZSR oder GLN*

Facharzttitel*

Datum*

Unterschrift anordnende/r Ärztin/Arzt *

Patient/in* Name, Vorname

Geburtsdatum*

Geschlecht*

Adresse*

Telefon*

Versicherung*

Versicherten-Nr*

Bemerkungen / Ergänzungen



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

Geht auf Verlangen der Krankenkasse an Vertrauensarzt

Patient/in: Name*, Vorname*

Psy. Psychotherapeut/in* Name

Institution*

Adresse*

Tel. / E-Mail*

ZSR oder GLN*

Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte bei Folgeberichten nur kurz umschreiben) *

Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.) *

Sind frühere Behandlungen bekannt? *

Wenn ja, welche?

Art und Setting der aktuellen Behandlung*

Behandlungsverlauf bis heute, Indikation zur Fortsetzung der Behandlung und Ziel*

Vorschlag für das weitere Prozedere: Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bemerkungen / Ergänzungen

Datum*

Unterschrift Psy. Psychotherapeut*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Fallbeurteilung Facharzt/-ärztein

für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Geht an Vertrauensarzt der Krankenkasse

Name* / Institution

ZSR oder GLN

Adresse*

Tel. / E-Mail*

Konsultation und Beurteilung durch den Facharzt/die Fachärztein aufgrund einer Patientenuntersuchung*

Ja / Datum

Nein / Begründung

Diagnose (inkl. ICD-Nr.) *

Therapieindikation gegeben Ja/Nein

Beurteilung Verlauf /bisher Erreichtes/Setting/Medikation*

Beurteilung Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose) *

Weitere Bemerkungen zur Therapie

Datum*

Unterschrift Facharzt/-ärztein*
