|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurzbericht**  **Psychotherapeutenverfahren** | | | | | **- UV-Träger -** | | | | |  | | | | Lfd. Nr. | |
|  | | | | […] | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | | Aktenzeichen des UV-Trägers | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | […] | | | | […] | | |
| Name, Vorname der/des Versicherten | | | | | | Geburtsdatum | | | Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds) | | | | | | |
| […] | | | | | | […] | | | […] | | | | | | |
| Beschäftigt als | | | | Seit | | | | | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen | | | | | | |
| […] | | | | […] | | | | | […] | | | | | | |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen) | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift der/des Versicherten | | | | | | | | | Telefon-Nr. der/des Versicherten | | | Staatsangehörigkeit | | | Geschlecht |
| […] | | | | | | | | | […] | | | […] | | | […] |
| Unfalltag | | |  | |  | | | |  | | | | | | |
| […] | | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| 1 **Es besteht der Verdacht der Erkrankung auf einem anderen Fachgebiet** | | | | | | | | | | | | Nein  Ja | | | |
|  | […] | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben) | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | Nebenerkrankungen, die einer weiteren Abklärung bedürfen | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | […] | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | (Bitte Erkrankung und Fachgebiet angeben) | | | | | | |  | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 **Empfehlung weiterer Maßnahmen** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stationäre Behandlung | | | | | | | | | | | | | | | |
| Begründung | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostik | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Maßnahme | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstiges | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 **Die/der Versicherte ist zum Termin am** […] **nicht erschienen** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Begründung | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 **Sonstige besondere Vorkommnisse** | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | Unterschrift | | | | | | Anschrift/Stempel | | | | | | | |
| […] | |  | | | | | | […] | | | | | | | |
| **Datenschutz** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung –  [SGB VII]). | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rechnung**  Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Ziff. P 34 des Gebührenverzeichnisses für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens.  Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung. | | | | | | | | | | | | | | | |