

Erstbericht Psychotherapeutenverfahren				- UV-Träger -		Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname der/des Versicherten				Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)							
Vollständige Anschrift der/des Versicherten				Telefon-Nr. der/des Versicherten		Staatsangehörigkeit	
						Geschlecht	
1 Unfalltag		Uhrzeit		Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit	
				Uhr		Uhr	
2 Angaben der/des Versicherten 2.1 Unfallgeschehen und anschließender Verlauf (subjektive Wahrnehmung)							
2.2 Aktuelle berufliche/schulische Situation							
2.3 Sozialanamnese							
2.4 Aktuelle Beschwerden/Beeinträchtigungen							
2.5 Frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen/Behandlungen auf psychischem Gebiet							
2.6 Art der ersten Versorgung/Betreuung							
3 Befund (gegenwärtiger psychischer Befund)							
4 Vorläufige Diagnosen						ICD-10	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
5 Erforderliche Maßnahmen 5.1 Psychotherapeutische Behandlung ☐ Ambulant (bis zu 5 probatorische Sitzungen) Begründung Dauer/Zeitintervalle: ☐ Keine Behandlung, weil 5.2 Art der Medikation 5.3 Empfehlung weiterer Maßnahmen ☐ Konsiliarische Vorstellung bei Begründung ☐ Stationäre Behandlung Begründung ☐ Sonstige Begründung			
6 Arbeitsunfähigkeit (ggf. Hinweis zur Bewertung durch mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte) ☐ Nein ☐ Ja, voraussichtlich bis Begründung			
7 Bemerkungen			
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]).			

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Rechnung

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 35	GVP*		
					* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten- verfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
	nach Nr.		GVP*		EUR
Porto					EUR
		zusammen			EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
-----------------	--