

Psychische Erkrankungen (Arzt) - Z 32



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Welche psychischen Erkrankungen wurden diagnostiziert? (Bitte ICD - 10 - Diagnose angeben)

Bezeichnung: _____

Wann?/Seit: _____ (Monat/Jahr)

2. Bestanden oder bestehen wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren
(z.B. Scheidung, Kündigung o.Ä.)?

nein ja - Welche? _____

Wann?/Seit: _____ (Monat/Jahr)

3. Welche Therapie wurde oder wird durchgeführt?

medikamentöse Behandlung

Zeitraum (von - bis): _____ (Monat/Jahr)

Präparat(e): _____ Dosis: _____

psychodynamische Psychotherapie

Zeitraum (von - bis): _____ (Monat/Jahr)

Anzahl der Sitzungen _____

Verhaltenstherapie

Zeitraum (von - bis): _____ (Monat/Jahr)

Anzahl der Sitzungen _____

systemische Psychotherapie

Zeitraum (von - bis): _____ (Monat/Jahr)

Anzahl der Sitzungen _____

andere Therapien

Welche (bitte genaue Angaben): _____

Zeitraum (von - bis): _____ (Monat/Jahr)

4. Wurde eine stationäre Behandlung oder Kuraufenthalt in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung durchgeführt?

nein ja - Wann? _____

Name und Anschrift des Krankenhauses/Kuranstalt: _____

Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.

5. Ist die Therapie abgeschlossen?

nein ja - seit: _____ (Monat/Jahr)

6. Besteht hinsichtlich der psychischen Erkrankung Beschwerdefreiheit?

nein - Folgen: _____

ja - seit: _____ (Monat/Jahr)

7. Hat Ihr Patient jemals einen Suizidversuch unternommen?

nein ja - am: _____ (Monat/Jahr)

8. Besteht oder bestand ein Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?

nein ja - seit: _____ (Monat/Jahr)

Welche Substanzen? _____

9. War Ihr Patient wegen der genannten psychischen Störung in den letzten 10 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

nein ja - AU-Zeiten: _____

10. Bestehen neben der psychischen Störung körperliche Erkrankungen?

nein ja - Welche? _____

11. Zusätzliche Bemerkungen?

nein ja - Bitte nähere Angaben: _____

Bitte fügen Sie eventuell vorhandene Befundberichte bei.

Das Honorar gemäß GOÄ für Ärzte, Ziffer: _____ in Höhe von EUR: _____ ist zu überweisen an:

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Name und Ort des Geldinstituts _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Z32