

Auftraggeber/Behandler	
Name	_____
Straße, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
Tel., Fax	/ _____
E-Mail	_____
Zustellung	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Diskette <input type="checkbox"/> 2 Ausdrücke
Dateiformat	<input type="checkbox"/> Word (doc) <input type="checkbox"/> RTF-Datei
	<input type="checkbox"/> Therapie im Kostenerstattungsverfahren

EXPRESS-Service
Wir erstellen Ihren Auftrag mit fest zugesagter Laufzeit. Sie erhalten nach Auftragseingang umgehend eine Bestätigung. Auftragseingang bis 12 Uhr
<input type="checkbox"/> 1-Woche (Aufpreis 30,- €)
<input type="checkbox"/> 3-Tage (Aufpreis 55,- €)

PatientIn/KlientIn	
Chiffre	Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Therapieart	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Beihilfe	<input type="checkbox"/> Therapiebeginn war am _____

Therapieabschnitt, Art Ihres Auftrages	
Bitte nur für EINEN Therapieabschnitt alle zutreffenden Optionen ankreuzen und ausfüllen!	
<input type="checkbox"/> KZT	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Erw. <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Ki
<input type="checkbox"/> Umwandlung KZT in LZT	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Erw. <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Ki
<input type="checkbox"/> KZT-Befreiung liegt vor	Aus welchem Grund haben Sie zunächst eine KZT begonnen? <input type="checkbox"/> Die KZT diene der Indikationsprüfung <input type="checkbox"/> Die KZT diene der Krisenintervention <input type="checkbox"/> Es war geplant, die Therapie nach der KZT zu beenden
<input type="checkbox"/> LZT (Erstantrag)	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Erw. <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Ki
<input type="checkbox"/> 1. Fortführung	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Erw. <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Ki Anzahl genehmigter Std. der laufenden Therapie: _____
<input type="checkbox"/> 2. Fortführung	<input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Erw. <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Ki Anzahl genehmigter Std. der laufenden Therapie: _____

Sonderfälle, zusätzliche Angaben zur laufenden Therapie	
Sitzungsfrequenz	<input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> 2x wöchentlich <input type="checkbox"/> andere: _____
<input type="checkbox"/> Behandlerwechsel	in Absprache mit der Kasse konnten _____ Std. übernommen werden.
<input type="checkbox"/> Widerspruch/Ergänzung (bitte fügen Sie die Stellungnahme des Gutachters bei)	

Angaben zu Vorbehandlungen	
stationär	ambulant
Name/Art der Klinik _____	Verfahren <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> VT
_____	Stundenzahl _____
von _____ bis _____	von _____ bis _____
Anlass _____	Anlass _____
<input type="checkbox"/> Abschlussbericht ist beigelegt	VorthérapeutIn war <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Diagnose _____

- **relevante Angaben aus Konsiliarbericht und/oder gutachterlichen Stellungnahmen (auch aus Klinikberichten), wenn nicht beigelegt**

- **zukünftiger Diagnosevorschlag** (mit ICD 10)

- **Ihr Eindruck** (nur für Erst- und Umwandlungsausarbeitung)
Beschreiben Sie bitte den ersten Eindruck, den Sie von der/dem Pat. hatten. Falls Ihnen ein typisches Verhalten aufgefallen ist, beschreiben Sie bitte auch dieses.
Bei Ki/Ju: Einschätzung der Haltung von Eltern/Bezugsperson zur Therapie, Unterstützungsmilieu, Prognose der Entwicklungspotenziale der Eltern.

- **Veränderungen** (nur für Umwandlungs- und Fortführungsausarbeitungen)
Gibt es im äußeren Leben positive oder negative Veränderungen oder relevante intrapsychische Entwicklungen?

- **kurze Anamnese** (nur für Ki/Ju-Ausarbeitungen)
Besonderheiten in der körperlichen Entwicklung, altersuntypische Abweichungen, auffällige Erkrankungen
Aktuelle Familiensituation, jetzige Beziehung der Eltern zum Kind/Jugendlichen
Besonderheiten in der psychosozialen Entwicklung, abnorme Belastungen

- **Besonderheiten/Kommentare/Spielsequenzen**