

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

**Welche psychischen Erkrankungen wurden diagnostiziert? (Bitte auch ICD-10 Codennummer angeben)**

\_\_\_\_\_ (ICD-10)

\_\_\_\_\_ (ICD-10)

**Die Erkrankung/Beschwerden der Psyche treten/traten auf**

Einmalig Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Wiederholt Erstmalig \_\_\_\_\_ (Datum) Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ (Datum)

Wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_ mal Wie lange jeweils? \_\_\_\_\_ Wochen/Monate

Andauernd Seit wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Welche Ursache hat die psychische / psychosomatische Erkrankung?** \_\_\_\_\_

**Besteht Ihres Wissens eine positive Familienanamnese in Bezug auf psychische Erkrankungen?**

nein  ja, bei einer Person  ja, bei mehreren Personen

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Besteht oder bestand ein Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?**

mit welchen Substanzen? \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)  derzeit noch immer

**Hat die Patientin/der Patient Selbsttötungsversuche unternommen?**  nein  ja wann \_\_\_\_\_ (Datum)

Bestand bei der Patientin/dem Patienten ein Anhalt für Suizidalität?  nein  ja

Halten Sie die Patientin/den Patienten weiterhin für suizidgefährdet?  nein  ja

**Wie wurde/wird die Patientin/der Patient therapiert?**

Medikamentöse Therapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben \_\_\_\_\_

Verhaltenstherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum) Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

Psychotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum) Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung(en) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

Welche? \_\_\_\_\_

Die Therapie ist abgeschlossen seit \_\_\_\_\_ (Datum)

**Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der psychischen Erkrankung?**

nein, folgenlos ausgeheilt/beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_ (Datum)

nein, der Zustand unter medikamentöser Therapie ist stabil seit \_\_\_\_\_ (Datum)

ja, welche? \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_

**War im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung ein Krankenhaus-/Kuraufenthalt erforderlich?**

nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum); Bitte den Entlassungsbericht beifügen!

Name und Anschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_

**Welche Ärzte/Therapeuten haben Ihre Patientin/Ihr Patient wegen der psychischen/psychosomatischen Erkrankung noch behandelt? (vorliegende Fremdbefunde bitte in Kopie mitschicken)**

Name, Anschrift \_\_\_\_\_

**War Ihre Patientin/Ihr Patient wegen einer psychischen Erkrankung jemals länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?**

nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Datum)

**Bestehen Ihres Wissens neben den psychischen Beschwerden weitere körperliche Erkrankungen?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Weitere Bemerkungen/Informationen, die Sie als wichtig erachten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift (Arzt/Therapeut)