

Arztanfrage Psychische Erkrankungen

(nur vom Arzt / Therapeuten auszufüllen)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Welche psychischen Erkrankungen wurden diagnostiziert? (Bitte auch ICD-10 Codenummer 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 des Arztes