



Personalnummer
geb. am

**Konsiliarbericht\***  
**vor Aufnahme einer**  
**Psychotherapie**  
**auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
*Name des Therapeuten*

- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

---



---

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

---



---

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

---



---

- Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation):

---



---

- Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

---



---

- Befunde, die eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

---



---

- Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

---



---

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

---



---

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja       nein

---

*Ausstellungsdatum*

---

*Stempel/Unterschrift des Arztes*

Ausfertigung für den Therapeuten

\*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.