

Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.		Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Dokumentationsbogen Assessment/Nachsorgegespräch (Anlage 7)

<input type="checkbox"/>	Eingangs-Assessment	Termin am: _____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Probatorische Sitzungen (letzte)	Termin am: _____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Nachsorgegespräch	Termin am: _____.____.20__

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen:

<input type="checkbox"/>	Keine Maßnahme notwendig	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie/ Sporttherapie <input type="checkbox"/> SportT <input type="checkbox"/> BasisT <input type="checkbox"/> KZT <input type="checkbox"/> LZT <input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Gruppe <input type="checkbox"/> Kombitherapie <input type="checkbox"/> Anzahl der Einheiten/ Sitzungen je Woche: ____ / ____ <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	Beginn am: _____.____.20__ Diagnose: _____ <input type="checkbox"/> Externe Psychotherapie geplant <input type="checkbox"/> Konsiliarbericht liegt vor und enthält keine Einwände gegen Psychotherapie / Sporttherapie
<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Mitbehandlung	Termin am: _____.____.20__ extern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Präventionskurs mit folgendem Schwerpunkt:	
<input type="checkbox"/>	Hamburger Modell	Beginn am: _____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Mobbingberatung empfohlen	Termin am: _____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Medizinische Rehabilitation/ Vorsorge empfohlen	Regelversorgung <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation Rentenversicherungsträger Einzelfall <input type="checkbox"/> MUKI <input type="checkbox"/> Müttergenesungskur
<input type="checkbox"/>	Stationäre Behandlung erforderlich, die durch den Hausarzt oder Psychiater eingeleitet wird	
<input type="checkbox"/>	Absprache mit Behandler erfolgt	<input type="checkbox"/> am: _____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Überweisung:	<input type="checkbox"/> Einrichtung: _____

Hinweise/Ergebnis/ Diagnose:

	Arbeitsfähigkeitsprognose
	AF voraussichtlich ab: _____.____.20__
	<input type="checkbox"/> kurzfristig max. 6 Wochen <input type="checkbox"/> mittelfristig 6 Wochen bis <1/4 Jahr <input type="checkbox"/> langfristig >1/4 Jahr bis 1 Jahr
Unterschrift / Namensstempel	Datum