

Name, Vorname der Patientin/des Patienten
geb. am

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

\_\_\_\_\_  
*Name der Therapeutin/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 aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
*Ausstellungsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes*

Ausfertigung für die Therapeutin/den Therapeuten

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