



Privatpraxis für Psychotherapie, Wrangelstraße 45, 24105 Kiel

An den behandelnden Arzt

## **Konsiliarbericht für die Durchführung von Psychotherapie**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihr:e Patient:in hatte einen Termin zum psychotherapeutischen Erstgespräch in meiner Praxis und erhielt in diesem Rahmen eine Bescheinigung/Patientenaufklärung zu den in diesem Rahmen gestellten Verdachtsdiagnosen/ Behandlungsempfehlungen (PTV 11).

Da im Vorfeld einer Psychotherapie ärztlicherseits abgeklärt werden muss, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte, möchte und muss ich Sie bitten, den beigefügten Konsiliarbericht auszufüllen.

Von besonderem Interesse für mich als Psychotherapeutin und für die Planung meiner weiteren Behandlung sind folgende Informationen:

- aktuelle bzw. kürzlich zurückliegende organische Erkrankungen
- aktuelle Medikation (was in welcher Dosis?)
- falls aus ärztlicher Sicht angemessen: aktuelle Laborwerte (z.B. Prüfung der Schilddrüsenwerte und/oder Ausschluss Mangelzustände bei Depressionen oder Ängsten)

Der Konsiliarbericht wird vor allem zur Therapieplanung und rechtlichen Absicherung meiner Arbeit genutzt und von mir in der Patientenakte verwahrt. Im Rahmen der Beantragung einer Psychotherapie mit notwendigem Gutachterverfahren z.B. bei der Beantragung von Langzeittherapien, wird der Konsiliarbericht datenschutzkonform und als vertrauliche Arztsache gekennzeichnet an den zuständigen Gutachter übersandt. Auch unter diesen Umständen erhält der jeweilige Kostenträger (BH/ PKV) selbst keine Einsicht in diese sensiblen Daten.

Falls Sie zu den Unterlagen Fragen haben oder weitergehende Informationen benötigen, freue ich mich, wenn Sie Kontakt zu mir aufnehmen.

Mit kollegialen Grüßen,

Dipl.-Psych. Sara Parpart  
Psychologische Psychotherapeutin (VT)  
Klinische Psychoonkologin (WPO/ DKG)

_____
Name des Patienten / der Patientin
_____
geb. am
_____
Datum

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV

vor Aufnahme einer Psychotherapie

**Auf Veranlassung von:**

Dipl.-Psych. Sara Parpart  
*Psychologische Psychotherapeutin*  
*Klinische Psychoonkologin (WPO)*  
 ENR: 17300 (KVSH)  
 Privatpraxis für Psychotherapie  
 Wrangelstraße 45, 24105 Kiel  
 www.psychotherapie-parpart.de

Chiffre \_\_\_\_\_ des Patienten / der Patientin  
Anfangsbuchstabe des Familiennamens    Geburtsdatum

### Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---



---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

---

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Exemplar für den Gutachter /  
die Gutachterin**

**Aus Datenschutzgründen freibleibend**

## **Konsiliarbericht – Psychotherapie in der PKV**

vor Aufnahme einer Psychotherapie

**Auf Veranlassung von:**

Dipl.-Psych. Sara Parpart  
*Psychologische Psychotherapeutin  
Klinische Psychoonkologin (WPO)*  
ENR: 17300 (KVSH)  
Privatpraxis für Psychotherapie  
Wrangelstraße 45, 24105 Kiel  
[www.psychotherapie-parpart.de](http://www.psychotherapie-parpart.de)

Chiffre \_\_\_\_\_ des Patienten / der Patientin  
Anfangsbuchstabe    Geburtsdatum  
des Familiennamens

### **Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

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

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

---

---

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontra-  
indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

---

Vertragsarztstempel /  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

---

---