

Schritte im Anordnungsmodell

1. Der anordnende Arzt stellt dem Patienten eine Anordnung für eine Psychotherapie aus.

2. Die Psychotherapie zwischen Patient/in und psychologischer Psychotherapeutin beginnt.

3. Die psychologische Psychotherapeutin informiert den anordnenden Arzt, ob die Therapie über 15 Sitzungen hinaus weitergeführt werden muss.

4. Der anordnende Arzt stellt eine zweite Anordnung aus.

5. Die psychologische Psychotherapeutin informiert den anordnenden Arzt darüber, ob die Therapie über 30 Sitzungen hinaus gehen soll.

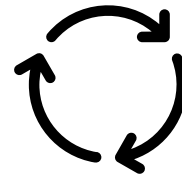
6. Der anordnende Arzt konsultiert einen Psychiater, der den Fall beurteilen soll.

7. Der Psychiater beurteilt den Fall und legt dem anordnenden Arzt seinen Bericht vor.

8. Der anordnende Arzt stellt beim Vertrauensarzt der Krankenkasse einen Antrag auf Kostengutsprache.

9. Die Krankenkasse teilt dem Patienten und der psychologischen Psychotherapeutin mit, ob für die Verlängerung der Behandlung eine Kostengutsprache erteilt wird oder nicht.

10. Die Psychotherapie wird fortgesetzt /abgeschlossen.



Der beschriebene Ablauf veranschaulicht das Szenario, dass die Therapie mehrmals verlängert werden muss. Natürlich kann der Prozess jederzeit abgebrochen werden, wenn eine Verlängerung der Therapie nicht notwendig ist.

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

| PatientIn | | PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen | |
|------------------------|-------|---|---|
| Name* | _____ | Name/ Institution | _____ |
| Vorname* | _____ | ZSR oder GLN | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Adresse | _____ |
| Geschlecht | _____ | | |
| Versicherung* | _____ | | |
| Nr. Versiche- rung* | _____ | | |
| Strasse* | _____ | Behandlungs- grund* | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____ |
| PLZ/Ort* | _____ | | |
| Telefon* | _____ | | |

| Anordnung* | | | |
|-------------|--|---|--|
| Anordnung 1 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/ Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) | <i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i> |
| Anordnung 2 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | | |
| | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen | | |

| Behandlung |
|----------------------------|
| Anmerkungen zur Behandlung |
| _____ |

| Anordnende/r Ärztin/Arzt |
|-----------------------------|
| Name* |
| Telefon* |
| E-Mail |
| ZSR oder GLN* |
| Adresse* |
| _____ |
| Datum* |
| Unterschrift* |
| _____ |



Fédération der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Fédération Suisse des Psychologues
Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi

PSY & ASD **SGPP** Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SSPP Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SSPP Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia

PSY & ASD **SGKJPP** Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SSPPEA Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfance et d'Adolescents
SSPPIA Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

DECKBLATT (Blatt 1/3)

Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung (Version 1.0)

Anordnende/r Ärztin/Arzt* (*Pflichtfelder)

Name*

Adresse*

Tel. / E-Mail*

Aus- und Weiterbildungstitel*

ZSR (oder GLN)*

Datum*

Unterschrift und Stempel anordnende/r Ärztin/Arzt*

Patient/in* (*Pflichtfelder)

Name*

Geburtsdatum*

Strasse*

Telefon*

Versicherung*

Vorname*

Geschlecht*

PLZ/Ort*

Versicherten-Nr.

- Bemerkungen/Ergänzungen

1. Teil: Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

Patient/in (gemäss Deckblatt)* (*Pflichtfelder)

Name*

Vorname*

Psychol. Psychotherapeut/in*

Name*

Institution

Adresse*

Tel. /E-Mail*

ZSR (oder GLN)*

Präambel: Im vorliegenden Bericht sollen die vom Gesetz (Art. 11b KLV) verlangten Informationen dokumentiert werden.

- Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte ausführlich, bei Folgeberichten nur kurz umschreiben)*
- Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.)*
- Sind frühere Behandlungen bekannt?* ja nein
Wenn ja, welche
- Art und Setting der aktuellen Behandlung*
- Behandlungsverlauf bis heute, Indikation zur Fortsetzung der Behandlung und Ziel*
- Vorschlag für das weitere Prozedere: Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose*
- Bemerkungen/Ergänzungen

Datum*

Unterschrift und Stempel psychol. Psychotherapeut/in*

2. Teil: Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

Name*/Institution

Adresse*

Tel./E-Mail*

ZSR (oder GLN)*

Präambel: Der 1. Teil Bericht des/der psychologischen Psychotherapeut/in muss vollständig ausgefüllt und unterzeichnet vorliegen, sonst ist keine Fallbeurteilung durch den Facharzt/die Fachärztin möglich

- Konsultation und Beurteilung durch den Facharzt/die Fachärztin aufgrund einer Patientenuntersuchung*
 ja Datum
 nein Begründung
- Diagnose (inkl. ICD-Nr.)*
- Therapieindikation gegeben* ja nein
- Beurteilung Verlauf /bisher Erreichtes/Setting/Medikation*
- Beurteilung Vorschlag weiteres Prozedere (Sitzungsfrequenz, voraussichtliche Dauer, Einschätzung der Prognose)*
- Weitere Bemerkungen zur Therapie

Datum*

Unterschrift und Stempel Facharzt/Fachärztin*