



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

---

## Antrag zur Fortsetzung der psychologischen Psychotherapie nach der 30. Sitzung

### Geht an Vertrauensarzt der Krankenkasse

---

#### Anordnende/r Ärztin/Arzt\*

Name\* / Institution

Adresse\*

Tel. / E-Mail\*

ZSR oder GLN\*

Facharzttitel\*

Datum\*

Unterschrift anordnende/r Ärztin/Arzt insofern nicht schon in den Anordnungen vorhanden

---

Patient/in\* Name, Vorname

Geburtsdatum\*

Geschlecht\*

Adresse\*

Telefon\*

Versicherung\*

Versicherten-Nr\*

Bemerkungen / Ergänzungen



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

---

## Bericht psychologische/r Psychotherapeut/in

Geht auf Verlangen der Krankenkasse an Vertrauensarzt

---

Patient/in: Name\*, Vorname\*

Psy. Psychotherapeut/in\* Name

Institution\*

Adresse\*

Tel. / E-Mail\*

ZSR oder GLN\*

Anamnese/Symptome bei Behandlungsbeginn (bei Erstberichten vor der 30. Sitzung bitte bei Folgeberichten nur kurz umschreiben) \*

Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr.) \*

Sind frühere Behandlungen bekannt? \*

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\*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

---

Bemerkungen / Ergänzungen

Datum\*

---

Unterschrift Psy. Psychotherapeut\*

---



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Fallbeurteilung Facharzt/-ärztin

für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

### Geht an Vertrauensarzt der Krankenkasse

Name\* / Institution

---

ZSR oder GLN

---

Adresse\*

---

Tel. / E-Mail\*

---

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 Facharzt/-ärztin\*

---