

Therapeutenangaben - Fortsetzungsantrag

Anzahl der bereits bewilligten Therapien:

Patientenname: **Vorname:**

Geburtsdatum: **KV-Nummer:**

Psychotherapeutische Diagnosen (ICD-9 oder 10):

Therapieziele bezogen auf diese Behandlung und diesen Patienten
Welche Ziele kann der Patient mit Hilfe der Weiterführung *dieser* Psychotherapie erreichen?
Nennen Sie bitte therapierelevante Ziele, die den weiteren Behandlungsauftrag Ihres Patienten und Ihre therapeutischen Möglichkeiten für *diese* Behandlung reflektieren.
Die verschiedenen Therapieziele sollten möglichst differente Bereiche (wie z. B. körperliche, psychische, psychosoziale Probleme, Beziehungsprobleme im privaten und beruflichen Bereich) erfassen und möglichst *konkret* formuliert sein.

1. Therapieziel (Hauptziel):
.....
.....
.....
.....

Kurze Beschreibung des Therapieplanes:

(Der Therapieschritte - Ausmaß der voraussichtlich notwendigen Behandlungseinheiten)

Stunden
Einheiten

1. Phase Abgeschlossen: JA NEIN
(z.B. Herstellung der Beziehung)

2. Phase Abgeschlossen: JA NEIN

3. Phase Abgeschlossen: JA NEIN

4. Phase Abgeschlossen: JA NEIN

Motivation des Patienten

0 (nicht motiviert) **1** (kaum motiviert) **2** (etwas motiviert) **3** (motiviert) **4** (sehr motiviert)

Vorgesehene Methode:

Voraussichtlicher Aufwand an weiteren Therapieeinheiten ?

Sitzungsfrequenz: pro Woche (Einzel 50 Min., Gruppe 90 Min.)

Datum/Unterschrift:.....
(TherapeutIn)