

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

9 Kann die/der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?		
☐ Ja, uneingeschränkt ☐ Ja, aber ☐ Vorübergehend ☐ Dauerhaft eingeschränkt, weil ☐ Nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil ☐ Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil		
10 Hinweise für die Wiedereingliederung in die -bisherige- Tätigkeit (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Unfallbetrieb)		
11 Empfehlung weiterer Maßnahmen		
11.1 Art der Medikation		
11.2 ☐ Konsiliarische Vorstellung bei Begründung		
11.3 ☐ Stationäre Behandlung Begründung		
11.4 ☐ Sonstige Begründung		
12 Bemerkungen		
Datum	Unterschrift	Anschrift/Stempel
Datenschutz Die/der Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – [SGB VII]).		

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Rechnung

Berichtsgebühr	nach Nr.	P 39	GVP*	EUR	* Gebührenverzeichnis für Leistungen im Rahmen des Psychotherapeuten- verfahrens
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
Behandlungstag Psychotherapeutische Leistungen	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
	nach Nr.		GVP*	EUR	
Porto				EUR	
		zusammen		EUR	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
-----------------	--