

# Arztbericht Depression

**Versicherten-Nr.**

**Zuständig**

**Telefon**

**Datum**

Versicherter:

In Ihrem Arztbericht vom <Datum> stellten Sie bei <Vorname> <Nachname> die Diagnose einer Depression/depressiven Entwicklung. Bei einer nicht fachärztlich diagnostizierten Depression benötigen wir noch weitere Angaben, um die Auswirkungen der „Depression“ auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person beurteilen zu können.

- 
- 1. Handelt es sich um eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, eine depressive Episode oder eine rezidivierende Depression?**

- 
- Bitte begründen Sie die Diagnose der Depression mittels**
- 2. a) Psychostatus**  
**b) Anamnese (Beginn, Krankheitsentwicklung)**

- 
- Liegen psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren vor?**
- 3. Wenn ja, welche?**

- 
- Wie oft haben Sie die versicherte Person im vergangenen Jahr gesehen?**
- 4.**

<p><b>5. Wird eine Psychotherapie bei einem Psychiater oder Psychologen durchgeführt?</b>  <b>Wenn ja, bei wem, seit wann und wie oft?</b></p>
<p><b>6. Erhält die versicherte Person Psychopharmaka?</b>  <b>Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?</b></p>
<p><b>7. Kann die Depression durch eine Psychotherapie und /oder Psychopharmakatherapie gebessert werden?</b>  <b>Falls nein, warum nicht?</b></p>

**Bemerkungen:**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Regionalen Ärztlichen Dienst, WAS IV Luzern, Tel. 041 369 09 00.

Wir danken Ihnen bestens für Ihre Bemühungen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin