



**Stellungnahme der psychotherapeutischen
Fachkraft zur Indikation der Therapie
und Erklärung für eine Übernahme zur
psychotherapeutischen Behandlung**

01. Allgemeine Angaben zur therapeutischen Behandlung

Name, Vorname Psychotherapeut/in:

Name, Vorname Proband/in:

Geburtsort:

Delikt:

Geburtsdatum:

02. Überweisung: (Hinweise zu vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen)

03. Erstgespräch (Wertung, Ergebnis)

04. Diagnose (z.B. ICD-10, DSM IV)

Seite 02

**Zwischen-/Schlussbericht für den
Fonds und die Evaluation durch
den Kriminologischen Dienst des
Justizministeriums Baden-Württemberg**

05. Therapieziele (Verantwortungsübernahme für die Straftat, Opferempathie)

06. Therapie

Therapiemethoden:

Sitzungsfrequenz:

Ort der Therapie:

Anzahl der Therapiestunden:

Beginn der Therapie:

Voraussichtl. Dauer:

Stundensatz:

Ort:

Datum:

Unterschrift Therapeut/in:
