

Praxisstempel

Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Patient

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik (ICD-10: _____) vor, die eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden. Aus fachlicher Sicht halte ich es für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift