

Anschrift der Krankenkasse

**Patient/in**

Name: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung**

Die oben genannte Patientin hat sich am \_\_\_\_\_ in meiner Praxis vorgestellt. Bei der/dem genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik entsprechend ICD10: \_\_\_\_\_ vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie empfohlen.

**Die psychotherapeutische Behandlung ist indiziert, notwendig und unaufschiebbar.** 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.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum