

**Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung
zur Vorlage mit Bitte um Unterschrift bei Ihrem behandelnden Arzt**

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

**Ärztliche Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen
Behandlung**

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

Mit freundlichem Gruß

.....

Ausstellungsdatum/ Arztstempel/ Unterschrift