

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG DER DRINGLICHKEIT EINER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE

Name der/des Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertenr.: _____

Bei der/dem oben genannten Patient:in liegt eine psychische Erkrankung vor. Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für die/den Patient*in ärztlicherseits als **dringend indiziert** an. Mit dieser **Dringlichkeitsbescheinigung** möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten eine sofortige Einleitung einer Psychotherapie durch eine psychotherapeutische Praxis in einem Richtlinienverfahren.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift des/der Arztes/Ärztin)