

Praxisstempel

Anschrift der Krankenkasse  
Ort, Datum

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen  
Behandlung**

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik (ICD10: ) 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 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

