

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten:		Geburtsdatum:
Kassen-Nr.:	Versicherten.Nr.:	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Arzt-Nr.:	Datum:

Ärztliche Notwendigkeits- und Dringlichkeitsbescheinigung

Diagnosen des Versicherten:

Stellungnahme:

Beim o.g. Patienten besteht aufgrund der angegebenen Diagnose(n) die dringende medizinische Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Aufgrund der vorliegenden Symptome ist der sofortige Beginn der Psychotherapie zur Vermeidung von Symptomverschlimmerung oder -chronifizierung dringend notwendig.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift, Praxisstempel

Ort, Datum