

## Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung

Vor Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie durch einen Psychologischen Psychotherapeuten

### Angaben zum Patienten:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse bzw. des Kostenträgers

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer / Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Kassennummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

### Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden bzw. Befunde bei dem Patienten erhoben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Es handelt sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V. Diagnose(n) gemäß ICD-10:

\_\_\_\_\_

Gegenwärtige Medikation: \_\_\_\_\_

Psychiatrische Abklärung ist:

nicht notwendig

erfolgt

veranlasst

Sind ärztliche Untersuchungen erforderlich bzw. veranlasst?

nein

ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

Eine ärztliche Mitbehandlung ist notwendig:

nein

ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

**Es besteht derzeit keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.**

**Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem Patienten aufgrund der o.g. Symptome die dringende Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundiert.**

**Ich empfehle daher aus medizinischer Sicht eine sofortige psychotherapeutische Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung der Symptomatik. Eine noch längere Wartezeit ist dem Patienten nicht weiter zuzumuten.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes