

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