

Dringlichkeitsbescheinigung/Notwendigkeitsbescheinigung

Patient/Patientin

Name:	
Geboren am:	
Straße	
Ort	
Telefon	
Versichertennummer	

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung:

Bei der Patientin/dem Patienten liegt eine psychische Symptomatik gemäß

ICD10: _____ vor, die eine sofortige psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht.

Es wird eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte empfohlen.

Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Beschwerden nicht in Kauf genommen werden.

Ich halte es aus fachlicher Sicht für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weitere gesundheitliche Gefährdung sowie eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Datum, Stempel/Unterschrift des Hausarztes/Facharztes