

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung Dringlichkeitsbescheinigung

## Patientendaten

Name.....Vorname.....geb.....

Krankenkasse.....

Mitglieds-Nr.....

Indikation und Diagnose(n):

.....  
.....  
.....

o. a. Patient benötigt dringend eine ambulante Psychotherapie, in dem

- Richtlinienverfahren:     Verhaltenstherapie  
                                   Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die Ursachen sind u. a.

.....  
.....

Leider haben die bisherigen Bemühungen des/der Patient(in)en, einen Therapieplatz zu finden, nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine Psychotherapie ist jedoch aus ärztlicher Sicht, zum jetzigen Zeitpunkt, dringend erforderlich. Lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung bzw. Chronifizierung der Symptomatik. Ich empfehle einen **sofortigen** Therapiebeginn.

Ort/Datum.....Arztstempel/Unterschrift.....