

Anschrift Hausarzt

Ort, Datum

Notwendigkeits- bzw. Dringlichkeitsbescheinigung

Patient/in:..... , geb. am

Hiermit befürworte ich den Antrag der Versicherten/des Versicherten auf Durchführung einer Psychotherapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie: ja/ nein

Diagnose(n):

Bei der Patientin/ dem Patienten liegt eine psychische Erkrankung vor im Sinne des SGB V: ja / nein

Die Aufnahme einer Psychotherapie ist dringend erforderlich. Die Leistung ist unaufschiebbar aus folgendem Grund: verhindert eine Chronifizierung der bestehenden Symptomatik/ verhindert Somatisierung/ dient der Krisenintervention/ dient dem Erhalt der Funktionsfähigkeit/ verhindert einen drohenden Arbeitsplatzverlust, familiären Bruch, Krankenhauseinweisung,

..... (bitte Zutreffendes unterstreichen bzw. einsetzen)

Die Wartefähigkeit der Patientin/ des Patienten für eine Therapie beträgt: Wochen/ Monate

Eine ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich: ja / nein

Stempel Hausarzt

Unterschrift Hausarzt