
Antrag auf Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V
-- DRINGLICHKEITSBESCHEINIGUNG DES HAUSARZTES --

Der Patient / die Patientin stellte sich am _____ bei mir vor.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung wird die Unaufschiebbarkeit einer ambulanten Psychotherapie ausdrücklich bestätigt!

Patientendaten

behandelnden Hausarzt (Anschrift / Stempel, Datum und Unterschrift)
