

Name, Vorname des Versicherten		
geb. am.		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

Diagnose(n):

Bei oben genannter/m Patient*in besteht aufgrund der aufgeführten Diagnose(n) die dringende medizinische Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung.

Aufgrund der Diagnose(n) ist der

- Sofortige Beginn
- Beginn innerhalb von _____ Tagen

der Psychotherapie zur Vermeidung einer Symptomexazerbation und weiteren Chronifizierung dringend notwendig.

Mit freundlichen Grüßen

(Datum, Unterschrift, Praxisstempel)