

Ärztliche/Fachärztliche/Psychotherapeutische Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Psychotherapie

für Herrn / Frau _____, geb. am _____

Herr / Frau _____

wurde hier am _____ vorstellig und

berichtete über psychische Beschwerden mit folgender Symptomatik:

Diagnose: Verdacht auf _____ (ICD-10: F _____)

Der zeitnahe Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung wird aus hiesiger Sicht befürwortet und erscheint – dringend – indiziert, um akuten Gesundheits- oder anderen Beeinträchtigungen des/der Patienten/Patientin vorzubeugen.

Es wird daher empfohlen, die Kosten im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens zu übernehmen.

Ort, Datum Unterschrift