

**Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung
für einen Antrag auf Kostenerstattung
nach SGB V § 13 Absatz 3
(vor Aufnahme einer Psychotherapie)**

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

stammversichert über

Name, Vorname: _____

Versicherten-Nr.: _____

**Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer
psychotherapeutischen Behandlung**

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik (ICD-10: _____) vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem Patienten/der Patientin, aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n **die dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung** der bestehenden Symptomatik. Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist dem Patienten/der Patientin nicht zuzumuten.

Mir wurde mitgeteilt, dass eine Psychotherapeutensuche bislang nur zu Absagen von Vertragspsychotherapeuten führte oder mehrmonatige Wartezeiten in Aussicht gestellt wurden. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Ausstellungsdatum/ Arztstempel/ Unterschrift