

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

Patient/in:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Versichertennummer: _____

Bei der/dem o. g. Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik vor, die eine psychotherapeutische Behandlung erfordert. Diagnose(n) gemäß ICD-10:

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei der/dem Patientin/en aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose(n) die dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Vermeidung einer Verschlimmerung und/oder Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Mir wurde mitgeteilt, dass die Psychotherapeutensuche bislang ausschließlich zu Absagen von Vertragspsychotherapeutinnen/en führte oder mehrmonatige Wartezeiten in Aussicht gestellt wurden. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren unterstreichen.

Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist der/dem Patientin/en nicht zuzumuten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel