

Praxisstempel

An

Ort, Datum

betrifft

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Aus fachlicher Sicht ist es bei der oben genannten Patientin bzw. dem oben genannten Patienten dringend erforderlich, zeitnah mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen. Dies dient der Abwendung einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung und soll einer Chronifizierung der bestehenden Symptomatik entgegenwirken.

Ausstellungsdatum: _____

Stempel / Unterschrift: _____