

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für ambulante psychotherapeutische Behandlung

.....  
Arzt: Name

.....  
Arzt: Straße, Hausnummer

.....  
Arzt: PLZ Ort

.....  
Arzt: Stempel

## Für:

.....  
Patient: Vorname, Name

.....  
Patient: Telefon

.....  
Patient: Straße, Hausnummer

.....  
Patient: E-Mail

.....  
Patient: PLZ, Ort

.....  
Patient: Krankenkasse

.....  
Patient: Versichertennummer

## Diagnose nach ICD-10:

.....  
Der/die oben genannte Patient/-in stellte sich am ..... in meiner Praxis vor. Ich sehe gemäß der Diagnose eine ambulante Psychotherapie im Richtlinienverfahren **Verhaltenstherapie** für den Patienten/die Patientin

zum Erhalt bzw. der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit

zur Verhinderung einer weiteren Verschlechterung bzw. zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten

als dringend indiziert an.

Somatische Ursachen für die Beschwerdesymptomatik liegen nicht vor.

Um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern, sollte eine psychotherapeutische Behandlung in spätestens ..... **Wochen** beginnen.

.....  
Unterschrift des Arztes

.....  
Ort, Datum