

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vor Aufnahme einer Psychotherapie

Chiffre							
---------	--	--	--	--	--	--	--

Angaben zum/zur Patienten/in

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße..... PLZ/Ort.....

Krankenkasse..... Mitgliedsnummer.....

Der Patient benötigt dringend eine ambulante Psychotherapie aufgrund der

Diagnose.....

.....

aktuelle Beschwerden/Symptome/Befunde/Untersuchungen

.....

.....

.....

Leider haben die bisherigen Bemühungen des Patienten/der Patientin einen Therapieplatz zu finden nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine Wartezeit von über 6 Wochen ist dem/der Patienten/Patientin nicht zuzumuten.

Ich empfehle aus ärztlicher Sicht dringend eine psychotherapeutische Behandlung zur Vermeidung einer Exazerbation und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Ich weise darauf hin, dass die personenbezogenen Daten vom Kostenträger nach den Bestimmungen des SGB 1 (§35, Abs. 1 Satz 1) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmung des SGB V (§284, Abs. 1, Nr. 4) erhoben. Ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort/Datum..... Arztstempel/Unterschrift.....