

Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenversicherung: _____
Versicherungsnummer: _____

Die Patientin/der Patient war am _____ bei mir vorstellig. Dabei wurde folgende psychische bzw. somatische Beschwerden (ggf. Diagnose) geschildert:

Die Patientin/der Patient leidet unter der angegebenen Symptomatik und wird in ihrer/seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt.

Um einer weiteren Verschlechterung und/oder Chronifizierung der bestehenden Symptomatik entgegenzuwirken, besteht die **dringende Notwendigkeit eines zeitnahen Beginns einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung**. Die Aufnahme einer Therapie ist unaufschiebbar. Eine mehrmonatige Wartezeit (> 3 Monate) ist nicht zumutbar.

Datum, Unterschrift behandelnde(r) Ärztin/Arzt, Praxisstempel