

Krankenkasse bzw. Kostenträger:		
Name, Vorname des Versicherten:		Geburtsdatum:
Kassen-Nr.:	Versicherten.- Nr.:	Status:
Betriebsstätten- Nr.:	Arzt-Nr.:	Datum:

Notwendigkeitsbescheinigung

Diagnosen des Versicherten:

Stellungnahme:

Aufgrund der angegebenen Diagnose(n) besteht die dringende Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Aufgrund der vorliegenden Symptome ist der sofortige Beginn der Psychotherapie zur Vermeidung Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung dringend erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift, Praxisstempel

Ort, Datum