

Praxisstempel

An:

Ort, Datum

Patient

Name: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten Nr.: _____

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/der oben genannten Patientin/en halte ich es aus fachlicher Sicht für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiter-führende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

.....
Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift