

**Ärztliche Bescheinigung über die Dringlichkeit und Unaufschiebbarkeit einer
psychotherapeutischen Behandlung**

Patient/in

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Störung mit Krankheitswert (ICD10: _____) im Sinne des SGB vor, die eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Psychotherapie dringend empfohlen.

Der/die Patient/in teilte uns mit, dass sie/er bislang nur Absagen bzw. die Aussicht auf sehr lange Wartezeiten von niedergelassenen Psychotherapeuten erhielt. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren unterstreichen. **Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden.** Aus fachlicher Sicht ist es dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des/der Patienten/in sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum.....

Stempel Unterschrift