

Praxisstempel

Ort, Datum

Patient

Name: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten Nr.: _____

Bescheinigung für eine psychotherapeutischen Behandlung

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/Befunde bei dem/der Patienten/in erhoben:

Es handelt sich um eine Erkrankung im Sinne des SGB V. Diagnose/n gem. ICD-10:

Bei dem/der oben genannten Patient/in besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem/der Patienten/in, aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

.....
Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift