

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose (ICD-10): _____

Bei dem/der oben genannten Patienten/in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Ich sehe eine ambulante Psychotherapie für den/die Patienten/in als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworte eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren der Verhaltenstherapie.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)