**Anlage 3: Dringlichkeitsbescheinigung des Arztes**

Praxisstempel

Patient

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung**

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik (ICD10:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es wird eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden. Aus fachlicher Sicht halte ich es für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

................................................................

Datum/Stempel/Unterschrift