

Datum \_\_\_\_\_

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung  
für ambulante psychotherapeutische Behandlung für:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

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

**Vorläufige Diagnose nach ICD-10: F\_\_\_\_\_ (V)**

Der / die oben genannte Patient/-in stellte sich am \_\_\_\_\_ in meiner Praxis vor. Ich sehe gemäß der Diagnose eine ambulante Psychotherapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie für den Patienten/ die Patientin

- zum Erhalt bzw. der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit
- zur Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik

als **dringend indiziert** an.

Somatische Ursachen für die Beschwerdesymptomatik liegen nicht vor.

Um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern, sollte eine ambulante psychotherapeutische Behandlung unverzüglich beginnen.

Unterschrift des/der Arztes/Ärztin