

Dringlichkeitsbescheinigung

Patientendaten

Name, Vorname:

geb. am:

Versicherung:

Versichertennummer:

Sonstiges:

Der Patient/ die Patientin stellte sich am _____ bei mir vor. Hiermit bescheinige ich, dass eine zeitnahe Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie unbedingt notwendig ist. Ein weiterer Aufschub ist zu vermeiden.

Behandelnder Arzt (Datum, Stempel, Unterschrift)