

**Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf
Kostenerstattung nach SGB V § 13 Absatz 3 (vor Aufnahme einer Psychotherapie
durch eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in)**

Angaben Patient*in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr. _____

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/ Symptome/ Diagnosen/ Befunde bei d. Patient*in erhoben:

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung.

Aus ärztlicher Sicht besteht bei d. Patient*in aufgrund der o.g. Symptome, Diagnosen und Befunde die **dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung** zur Vermeidung einer Verschlimmerung und/oder Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist d. Patient*in nicht zuzumuten. Die/der Patient*in teilte mit, dass sie/er bislang nur Absagen von Vertragspsychotherapeuten oder die Aussicht auf mehrmonatige Wartezeiten erhielt. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Datum

Unterschrift

Arztstempel