

Antrag auf Kostenerstattung

**Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung**

Patient/in: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Bei Frau/Herrn \_\_\_\_\_ liegt eine psychische Erkrankung vor. Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für die/den Pat. als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie).

\_\_\_\_\_