

Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung für einen Antrag auf  
Kostenerstattung  
nach SGB V § 13 Absatz 3  
(vor Aufnahme einer Psychotherapie)

*Patient/Patientin*

*Name, Vorname:*

*Adresse:*

*Geburtsdatum:*

*Versichertennummer:*

*Versicherung:*

Bei dem o.g. Patienten/der Patientin liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Aus ärztlicher Sicht ist eine ambulante Psychotherapie deshalb dringend indiziert. Die Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bei einem Psychotherapeuten mit Approbation in einem Richtlinienverfahren ist zur Vermeidung einer Verschlimmerung und/ oder Chronifizierung der bestehenden Symptomatik unbedingt erforderlich. Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist dem Patienten/der Patientin nicht zuzumuten.

---

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin (Datum, Stempel, Unterschrift)