

**MUSTER: NOTWENDIGKEITS- BZW.
DRINGLICHKEITSBESCHEINIGUNG**



Anschrift/Briefkopf Psychotherapeut/in ev. Klinik oder Ambulanz

Hiermit befürworte ich den Antrag des Versicherten
geb. auf Durchführung einer Psychotherapie im
Richtlinienverfahren.

Es handelt sich bei Herrn/Frau um eine Krankheit im Sinne des
SGB V.

Diagnose: *gemäß ICD*

Art der Behandlung: *Angabe zum Richtlinienverfahren*

Behandlungsumfang: *Kurzzeittherapie*

Anzahl der Sitzungen: *5 Probator. Sitzungen
25 Psychotherapiesitzungen
6 Stunden für Bezugspersonen*

Durchführung: *Einzeltherapie, 1x wöchentlich á 50 min.*

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Begründung (Beispiel)

Die Leistung ist unaufschiebbar / verhindert Chronifizierung der bestehenden Symptomatik/ dient der Krisenintervention um zu verhindern (drohender Arbeitsplatzverlust, Krankenhaus-/Psychiatrieeinweisung, Chronifizierung etc.).

Sollten Sie noch Fragen haben, bitte ich Sie sich gerne an mich zu wenden.
Mit freundlichen Grüßen,

Psychologische Psychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Alternative

Anschrift/Briefkopf Psychotherapeut/in ev. Klinik oder Ambulanz

Patient/in:,, **geb.**

Diagnose

Bei Frau / Herr liegt eine psychische Erkrankung vor. Die Aufnahme einer Psychotherapie ist dringend erforderlich.

oder

Die Patientin stellte sich am in unserer Poliklinik / Praxis ... vor. Wir/Ich sehen gemäß der Diagnosen eine ambulante Psychotherapie für die Patientin als dringend indiziert an und haben ihr entsprechende Kontaktadressen mitgegeben. Die Patientin teilte uns mit, dass sie bislang nur Absagen erhielt. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie in einem der anerkannten Kassen zugelassenen Verfahren / Richtlinienverfahren unterstreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Psychologische Psychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin