

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose (ICD-10): _____

Bei dem*der oben genannten Patient*in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für den*die Patient*in als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten die sofortige Einleitung einer Therapie bei einem*r Psychotherapeut*in mit Approbation in einem Richtlinienverfahren.

(Ort, Datum)

(Stempel, Unterschrift)