

Dringlichkeitsbescheinigung

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Versicherungsnummer: _____

Versicherung: _____

Der Patient/ die Patientin stellte sich am _____ bei mir vor.

Hiermit bescheinige ich, dass eine zeitnahe Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie unbedingt notwendig ist.

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