

Ärztliche Stellungnahme

Medizinische Erforderlichkeit und zeitliche Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Optionales Formular · nur verwenden, wenn die Krankenkasse eine zusätzliche ärztliche Stellungnahme verlangt. Bitte nach persönlicher Untersuchung ärztlich ausfüllen lassen.

Angaben zur Patientin / zum Patienten

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

KRANKENKASSE

VERSICHERTENNUMMER

Ärztliche Einschätzung

☐ Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung ist aus ärztlicher Sicht medizinisch erforderlich.

☐ Ein zeitnahe Behandlungsbeginn wird aus ärztlicher Sicht empfohlen.

☐ Eine längere Wartezeit ist aus medizinischer Sicht nicht zu empfehlen.

☐ Bei weiterem Aufschub ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu erwarten.

EMPFOHLENER BEHANDLUNGSBEGINN INNERHALB VON

DATUM DER UNTERSUCHUNG

Diagnose und aktuelle Beschwerden

GESICHERTE DIAGNOSE(N) / VERDACHTSDIAGNOSE(N), MÖGLICHST MIT ICD-KODIERUNG

AKTUELLE BESCHWERDEN UND RELEVANTE FUNKTIONELLE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Medizinische Begründung

Bitte begründen Sie die zeitliche Dringlichkeit anhand der persönlichen Untersuchung und der vorliegenden Befunde.

MEDIZINISCHE BEGRÜNDUNG DER ZEITLICHEN DRINGLICHKEIT

WEITERE RELEVANTE MEDIZINISCHE GRÜNDE, BEFUNDE, VOR- ODER PARALLELBEHANDLUNGEN / MEDIKATION

Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

NAME UND FACHGEBIET

TELEFON / KONTAKT

PRAXISANSCHRIFT

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT / PRAXISSTEMPEL
