

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Ausgestellt von

Betreffend Patient*in

Name:

Geburtsdatum:

Diagnose (ICD-10):

Bei oben genanntem*r Patienten*in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Ich sehe eine ambulante Psychotherapie als dringend indiziert an. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworte eine sofortige Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Name des*der Patienten*in

geb. am

Datum

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

Dipl.-Psych. Anne Behley
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Breitkopfstr. 22, 04317 Leipzig

Chiffre _____ des*der Patienten*in

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens Geburtsdatum

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund, relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ ambulant (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/ oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/ psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.).

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich.

Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

____ . ____ . ____

<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des*der Arztes*Ärztin</small>
