Tragen Sie hier Ihre Versicherungsnummer,
Name und Adresse ein.

Setzen Sie hier den Namen,
die und vollständige Adresse
Ihrer Versicherung ein.

.....
Ort u. Datum

Vergebliche Therapieplatzsuche

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen erfolglos versucht habe, einen Therapieplatz zu erhalten. Die von mir angefragten Therapeuten konnten mir entweder keinen Therapieplatz anbieten oder haben eine Wartezeit von mindestens 3 bis 6 Monaten auf ein Erstgespräch.

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen:

Name	Ort	Bemerkungen

Mit freundlichen Grüßen

(Ihre Unterschrift)

Stempel der Arztpraxis

Von der Arztpraxis auszufüllen.

Setzen Sie in die folgenden Zeilen den Namen
und die vollständige Postanschrift Ihrer Versicherung ein:

.....
.....
.....
.....

Patient / Patientin	
Name:	
Geboren am:	
Adresse:	
Versicherung:	
Versicherten-Nummer:	

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/der oben genannten Patient/in halte ich es aus fachlicher Sicht für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten / der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

.....

Ort, Datum, Stempel der Arztpraxis und Unterschrift

Tragen Sie hier Ihre Versicherungsnummer,
Name und Adresse ein.

Setzen Sie hier den Namen,
die und vollständige Adresse
Ihrer Versicherung ein.

Antrag auf Kostenerstattung für 4 probatorische Sitzungen
gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V

Ich beantrage Kostenerstattung für vier probatorische Sitzungen durch

Frau Christiane Bergmann
Psychologische Psychotherapeutin
Neuhofer Straße 125
31139 Hildesheim

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung, sowie der Nachweis über meine vergebliche Therapieplatzsuche sind beigefügt.

....
Ort, Datum Unterschrift