

**Ärztliche/Fachärztliche/Psychotherapeutische Bescheinigung  
über die Notwendigkeit einer Psychotherapie**

für Herrn / Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Herr / Frau \_\_\_\_\_ wurde hier am \_\_\_\_\_ vorstellig und berichtete über psychische Beschwerden mit folgender Symptomatik:

---

Diagnose: Verdacht auf \_\_\_\_\_ (ICD-10: F \_\_\_\_\_)

Der zeitnahe Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung wird aus hiesiger Sicht befürwortet und erscheint – dringend – indiziert, um akuten Gesundheits- oder anderen Beeinträchtigungen des / der Patienten / Patientin vorzubeugen.

Eine Behandlung durch mich ist nicht vor Ablauf von \_\_\_\_\_ Wochen möglich. Es wird daher empfohlen / gebeten, die Kosten im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens zu übernehmen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift