

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

### Diagnose(n):

---



---

Beim oben genannten Patienten besteht aufgrund der aufgeführten Diagnose(n) die dringende medizinische Notwendigkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsmethode.

Aufgrund der Diagnose(n) ist der

sofortige Beginn

Beginn innerhalb von \_\_\_\_\_ Tagen

der Psychotherapie zur Vermeidung einer Symptomexazerbation und weiteren Chronifizierung dringend notwendig.

Mit freundlichen Grüßen,

---

(Unterschrift, Datum)

---

(Unterschrift, Praxisstempel)

**Exemplar für den Patienten**

**Aus Datenschutzgründen  
freibleibend**

**Konsiliarbericht**

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **im Rahmen der sog. Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)**

**Auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
Arztnummer

Name des Therapeuten:

Chiffre \_\_\_\_\_ des Patienten  
Anfangsbuchstabe des Familiennamens      Geburtsdatum

**Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:**

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes