



• Tel.: 0171 3510571 • Mail: info@fokus-psychotherapie.de • www.fokus-psychotherapie.de •

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vor Aufnahme einer Psychotherapie

auf Veranlassung von M. Sc. Psych. Ayleen Nowoczyński
Karwendelstraße 36
12203 Berlin

Aus meiner fachlich-ärztlichen Sicht ist bei

Name der/des Patient*in:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

aufgrund der Diagnose(n) bzw. Differential- und Verdachtsdiagnose(n)

Diagnose(n):

ICD-10-Code:

dringend und möglichst zeitnah eine ambulante Psychotherapie **notwendig**.

Leider haben die bisherigen Bemühungen der/des Patient*in einen Therapieplatz zu finden nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine Wartezeit von über 3 Monaten ist der/dem Patient*in nicht zuzumuten.

Ich empfehle aus ärztlicher Sicht dringend eine verhaltenstherapeutische Behandlung

- zur Vermeidung einer Chronifizierung der bestehenden Symptomatik
 - zur Vermeidung einer Exacerbation der bestehenden Symptomatik
 - zur Abwendung einer drohenden Arbeitsunfähigkeit

und weise darauf hin, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten vom Kostenträger nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§ 35, Abs. 1, Satz 1 SGB 1) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen. Die hiermit angeforderten Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmung des Sozialgesetzbuches (§ 284, Abs. 1, Nr. 4 SGB V) erhoben; ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort/Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____