



# Schriftlicher Ablehnungsbescheid des Psychotherapeuten

(von der Praxis/dem Psychotherapeuten auszufüllen)

Hiermit bescheinigen wir Herrn/Frau....., dass die  
Wartezeit in unserer kassenärztlichen Praxis zur Zeit mehr als 3 Monate beträgt  
und wir Ihnen im Augenblick keinen verbindlichen Termin für ein Erstgespräch  
oder eine Zusage für einen Therapieplatz geben können.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift, Praxisstempel

# Bescheinigung über Möglichkeit eines ambulanten Therapieplatzes (ohne Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung)

(vom Psychotherapeut/der Praxis auszufüllen)

Hiermit bescheinigen wir Herrn/Frau....., dass die Wartezeit in unserer kassenärztlichen Praxis zur Zeit mehr als drei Monate beträgt, wir aber bei einem in unserer Praxengemeinschaft arbeitenden Kollegen, welcher keinen Kassenzulassung hat und nur privat abrechnen kann, kurzfristig einen Therapieplatz anbieten können. Fachkunde in einem Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie) liegt vor.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift, Praxisstempel

# Dringlichkeitsbescheinigung

(vom Arzt/Psychotherapeut auszustellen)

Hiermit bescheinige ich, dass Herr/Frau ..... dringend und kurzfristig einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf.  
Die Behandlung ist unaufschiebbar.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift, Praxisstempel