

# Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

---

auf Veranlassung von:

Dipl.-Psych. Jens Lückert  
Approbierter Psychologischer Psychotherapeut  
Arztregister KV Berlin - Eintragungs-Nr.: 26601  
Praxis: Gubener Str. 35 II, 10243 Berlin-Friedrichshain  
Tel.: 030 / 50 340 740 Fax: 030 / 50 340 744  
e-Mail: praxis@lueckert.info

**Aus meiner ärztlichen Sicht ist bei dem/der**

Patient/in:

---

Geburtsdatum:

---

aufgrund der Diagnose/n ggf. Differential und Verdachtsdiagnose (ICD-10)

---

---

**dringend** eine ambulante **Psychotherapie** notwendig.

Eine Wartezeit von 3 Monaten ist dem/der Patientin/en nicht zuzumuten.

Ich empfehle aus medizinischer / psychiatrischer Sicht dringend eine verhaltenstherapeutische Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung der bestehenden Symptomatik / zur Abwendung einer drohenden Arbeitsunfähigkeit.

Ich 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.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

Krankenkasse bzw Kostenträger

Patient:

## Konsiliarbericht – Psychotherapie in der Kosten- erstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)

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

**Auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Psychotherapeuten

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

\_\_\_\_\_