

Bestätigung

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse!

| Familienname(n) | Vorname(n) | Versicherungsnummer | | |
|---|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Patient | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Tag | Monat | Jahr |
| Anschrift | | | | |
| Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Tag | Monat | Jahr |

Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen!
Diagnose bzw. Mitteilung des untersuchenden Arztes an den Psychotherapeuten:

Die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung vorgeschriebene ärztliche Untersuchung*) wurde durchgeführt.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

*) Gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG, § 63 Abs. 1 Z. 2 B-KUVG, § 85 Abs. 1 Z. 3 BSVG, § 91 Abs. 1 Z. 3 GSVG