

# Ärztliche Bestätigung für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung

- Der Patient/Die Patientin ..... geb. ....  
wurde am ..... gemäß § 135 Abs.1 Z.3 ASVG untersucht\*).
  
- Weitere diagnostische/therapeutische Maßnahmen sind derzeit:
  - erforderlich\*\*)
  - nicht erforderlich\*\*)
  
- Bemerkungen:

.....

Ort, Datum

.....

Stempel, Unterschrift

\*) § 135 Abs.1 Z.3 ASVG: "Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ... eine psychotherapeutische Behandlung ... wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs.2 Z.1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl Nr. 373) stattgefunden hat."

\*\*\*) Zutreffendes bitte ankreuzen.