

Stempel Arztpraxis

An  
Psychotherapie Roggeband  
Tobias Roggeband, M. Sc.  
Düppelstraße 31  
12163 Berlin

Ort, Datum

**Patient / Patientin**

Name: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung**

Bei dem/der oben genannten Patient/in halte ich es aus fachlicher Sicht für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten / der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

.....  
Ausstellungsdatum, Stempel/Unterschrift