

Bestätigung

Dient zur Vorlage beim zuständigen Krankenversicherungsträger!

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			Vonder/dembehandelnden/befundendenÄrztin/Arztauszufüllen! Diagnose bzw. Mitteilung der/des untersuchendenÄrztin/Arztes an die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten:
Patient/in					
		Tag	Monat	Jahr	
Anschrift					
Versicherte/r					
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)		Tag	Monat	Jahr	

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

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/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