

Bestätigung

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse!

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen! Diagnose bzw. Mitteilung des untersuchenden Arztes an den Psychotherapeuten:
Patient		[]	[]	[]	
		Tag	Monat	Jahr	
Anschrift					
Versicherter		[] [] [] []			
(Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		Tag	Monat	Jahr	

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