

Bestätigung

Dient zur Vorlage beim zuständigen Krankenversicherungsträger!

<table border="1"><tr><td>Familienname</td><td>Vorname</td><td colspan="3">Versicherungsnummer</td></tr><tr><td>Patient/in</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			Patient/in							Tag	Monat	Jahr	Vonder/dembehandelnden/befundendenÄrztin/Arzt auszufüllen! Diagnose bzw. Mitteilung der/des untersuchendenÄrztin/Arztes an die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten:
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer														
Patient/in																
		Tag	Monat	Jahr												
Anschrift																
<table border="1"><tr><td>Versicherte/r</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Versicherte/r				(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)						Tag	Monat	Jahr			
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