

Bestätigung

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse!

Familienname(n) Patient	Vorname(n)	Versicherungsnummer Tag Monat Jahr	Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen! Diagnose bzw. Mitteilung des untersuchenden Arztes an den Psychotherapeuten:
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

12/132. 25. 6. 1992

Bestätigung

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse!

Familienname(n) Patient	Vorname(n)	Versicherungsnummer Tag Monat Jahr	Vom behandelnden / befundenden Arzt auszufüllen! Diagnose bzw. Mitteilung des untersuchenden Arztes an den Psychotherapeuten:
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

12/132. 25. 6. 1992