

**Vertragspartnerservice**

Siegfried Marcus-Straße 5  
7000 Eisenstadt

Tel. +43 5 0766-0

Unsere Servicezeiten finden Sie  
unter: [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at)

UID-Nr. ATU74552637

## **Ärztliche Bestätigung für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung**

Der Patient/Die Patientin ..... VSNR: .....

wurde am ..... gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG

untersucht\*).

Weitere ärztliche diagnostische/therapeutische Maßnahmen sind derzeit:

- erforderlich\*\*)
- nicht erforderlich\*\*)

Bemerkungen:

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift

\*) § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG: „Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ... eine psychotherapeutische Behandlung ... wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z. 1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl Nr. 169) stattgefunden hat.“

\*\*) Zutreffendes bitte ankreuzen.