

## **Bescheinigung**

zur Vorlage bei der Krankenkasse:

### **Patient:**

geboren am:

wohnhaf:

Versicherungsnummer:

Der / die oben genannte Patient\*in wird durch die Psychiatrische Institutsambulanz behandelt.

Er / Sie erhält in der Zeit der APP-Versorgung von uns ausschließlich ärztliche, psychologische, ergotherapeutische und / oder sozialarbeiterische Behandlungsmaßnahmen.

Mit freundlichen Grüßen

-----  
Datum

-----  
Stempel/Unterschrift

### **Zusatz:**

Pflegerische Tätigkeiten fallen bei regelmäßigen Blutentnahmen und Depotinjektionen an.