

ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

für eine ambulante Tinnitus-Retraining-Therapie im

Tinnitus-Centrum Stuttgart

Olgastrasse 50

70182 Stuttgart

Telefon: 07 11 / 234 91 07

Telefax: 07 11 / 234 91 02

<http://www.tinnitus-centrum.de>



Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ und Wohnort: _____
Telefon: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____

Die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient leidet seit etwa ____ Monaten/Jahren unter Ohrgeräuschen. Alle bislang durchgeführten Maßnahmen haben nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt. Aus diesem Grund halte ich eine ambulante Tinnitus-Retraining-Therapie, als die momentan erfolgreichste Therapiemethode bei chronischen Ohrgeräuschen für notwendig.

Ich empfehle für die Patientin/den Patienten:

- die 2-tägige Blocktherapie mit 5 Folgeterminen (Gruppentherapie)
- Einzeltermine, individuell abgestimmt (Einzelbehandlung)

Ort und Datum

Unterschrift/Praxisstempel