

# ÄRZTLICHE NOTWENDIGKEITSBESCHEINIGUNG

## FÜR EINE AMBULANTE TINNITUS-RETRAINING-THERAPIE IM

### Tinnitus-Centrum Stuttgart

Olgastrasse 50  
70182 Stuttgart  
Telefon: 0711 2349107  
Telefax: 0711 2349102  
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 ambulante Tinnitus-Retraining-Therapie**  
**(5 Einzelsitzungen mit anschließenden 5 Folgeterminen in der Gruppe)**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Praxisstempel