Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Versichertennummer:

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, Mail)	Name des Psychotherapeuten	Kontakt des Psychotherapeuten (Anschrift und Telefonnummer)	Information Über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit, keine Antwort)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

bmteschke.com

Name: Datum, Unterschrift:

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Versichertennummer:

13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				

bmteschke.com

Name: Datum, Unterschrift: