

Protokoll zur Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung

Datum/Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch, persönlich, Mail)	Name der/des Psychotherapeutin/en	Anschrift und Telefonnummer der/des Psychotherapeutin/en	Information zum Therapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)

Name: _____

Datum/Unterschrift: _____