

Absender Patient/in

Datum

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung

Datum, Uhrzeit	Art der Kontaktaufnahme	Name des Psychotherapeuten	Anschrift und Tel.nr. des Psychotherapeuten	Information über möglichen Therapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit, keine Antwort)