Patient – Straße – Stadt

Krankenkassenanschrift

Datum: 29.06.2022

Patient – Straße – Stadt

Krankenkassenanschrift

**Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum/ Uhrzeit des Kontakts** | **Art des Kontakts** | **Name des/der Psycho-therapeutIn** | **Anschrift und Telefonnummer des/der PsychotherapeutIn** | **Information über möglichen Psychotherapieplatz** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |