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

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Anschrift |  |
| Datum |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum/Uhrzeit der Kontaktaufnahme | Art der Kontaktaufnahme (persönlich/telefonisch) | Name des/der Psychotherapeut:in | Anschrift + Telefonnummer des/der Psychotherapeut:in | Informationen zu Therapieplatzvergabe |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |