Anlage Ablehnungsprotokoll

Name: _____ Datum _____

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

Datum, Uhrzeit	Kontakt-aufnahme (per E-mail, telefonisch)	Name des Psychotherapeuten	Anschrift / Telefonnummer des Psychotherapeuten	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Absage, Wartezeit)