

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

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

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch)	Name des Psychotherapeuten	Anschrift und Telefonnummer des Psychotherapeuten	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)

