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

Datum, Uhrzeit	Wie?	Psychotherapeut*in	Adresse/Kontaktdaten Psychotherapeut*in	Ergebnis

Name und Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

Datum, Unterschrift Patient*in: _____