

## PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 1/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

### **Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)**

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

## PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 2/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

### **Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)**

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