

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

Datum & Uhrzeit Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, E-Mail, Post)	Name des*der Psychotherapeuten*in	Kontakt des*der Psychotherapeuten*in (Anschrift und Telefonnummer)	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Name: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_