

Anschrift Patient*in

Leipzig, den _____

Protokoll über die Suche nach einer Richtlinien-Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch/persönlich)	Name Psychotherapeut*in	Anschrift und Telefonnummer des*der Psychotherapeut*in	Informationen zu möglichem Therapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)

Unterschrift Patient*in