

An

Ort, Datum

Antrag auf Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung

Wartezeitenprotokoll

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass ich vergeblich versucht habe, bei mehreren niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen einen zeitnahen Therapieplatz zu erhalten. Die kontaktierten Therapeut:innen konnten mir entweder keinen Behandlungsplatz anbieten oder lediglich Termine mit Wartezeiten von mindestens drei bis sechs Monaten in Aussicht stellen.

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht meiner Kontaktversuche:

Name	Datum	Uhrzeit	mitgeteilte Wartezeit

Mit freundlichen Grüßen