Protokoll über die Suche nach einen ambulanten Therapieplatz bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Kassenzulassung

Name:

Name und Adresse der TherapeutIn	Datum u. Uhrzeit Kontaktaufnahme	Ergebnis (Wartezeit bis Therapiebeginn, geschlossene Warteliste, keine Antwort)