

Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung der Terminservicestelle (TSS) für probatorische Sitzungen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

TERMINSERVICESTELLE (TSS): Region Berlin

VERMITTLUNGSWUNSCH: Probatorische Sitzungen bei dringend indizierter ambulanter Psychotherapie (PTV11 mit Dringlichkeitscode)

Dringlichkeitscode	
Therapieverfahren	

I. ANGABEN ZU ERFOLGSLOSEN KONTAKTVERSUCHEN

a) ANGABEN ZUM/ZU DEN ANRUFVERSUCHEN

Ich habe die TSS innerhalb Ihrer Service-Zeit zu folgenden Zeiten nicht erreicht:

	Datum	Uhrzeit		
1. Anruf				
2. Anruf				

b) ANGABEN ZUM NICHT-ERREICHEN DER TSS über das ONLINE FORMULAR

Meine Anfrage an die TSS über das Online-Formular blieb bisher ohne Rückmeldung:

	versandt am
Anfrage, bisher ohne Rückmeldung	

II. ANGABEN ZU ERFOLGLOSEN VERMITTLUNGSVERSUCHEN der TSS:

- die TSS kann mir keinen Termin für probatorische Sitzungen, in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. meinen Wünschen entsprechenden Verfahren _____ anbieten.
- die TSS kann mir (unabhängig vom Verfahren) keinen Termin für probatorische Sitzungen anbieten.
- die TSS kann mir in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. von mir gewünschten Verfahren _____ nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.
- die TSS kann (unabhängig vom Verfahren) nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.
- bei der Kontaktaufnahme mit der/dem von der TSS genannten/m Psychotherapeut/in am _____ stellte sich heraus, dass im Anschluss an die probatorischen Sitzungen zeitnah KEIN Therapieplatz frei ist.
Name der/des TherapeutIn: _____
Adresse der Praxis: _____
Angegebene Wartezeit auf Therapieplatz nach Probatorik: _____
- die probatorischen Sitzungen bei der/dem von der TSS vermittelten Psychotherapeut/in führten nicht zur Beantragung einer Psychotherapie.
Name des/der Therapeut/in: _____
Adresse der Praxis: _____
Gründe:
 - ich habe mich nicht gut aufgehoben gefühlt und konnte mir deshalb keine Zusammenarbeit vorstellen
 - die/der Psychotherapeut*in hat mir abgesagt, ggf. genannte Gründe: _____
 - wir beide konnten uns eine Zusammenarbeit nicht vorstellen
- **Sonstige Gründe:**

Ort, Datum

Unterschrift