

Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung

Angaben zur Terminservicestelle (TSS)

Region der TSS:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Bayern | <input type="checkbox"/> Berlin | <input type="checkbox"/> Brandenburg |
| <input type="checkbox"/> Bremen | <input type="checkbox"/> Hamburg | <input type="checkbox"/> Hessen | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> Niedersachsen | <input type="checkbox"/> Nordrhein | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz | <input type="checkbox"/> Saarland |
| <input type="checkbox"/> Sachsen | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein | <input type="checkbox"/> Thüringen |
| <input type="checkbox"/> Westfalen-Lippe | | | |

Angaben zum Kontaktversuch

Name, Vorname:	
Versichertennummer:	
Ort, Datum:	

Sehr geehrte Mitarbeitende der Krankenkasse,

hiermit erkläre ich, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht die Terminservicestelle kontaktiert habe, um eine/n niedergelassene/n Therapeuten/Therapeutin für eine Richtlinienpsychotherapie zu finden. Diese konnte in meinem Fall leider keinen Behandlungsplatz vermitteln.

Datum und Uhrzeit 1. Anruf/Online: _____

Datum und Uhrzeit 2. Anruf/Online: _____

Datum und Uhrzeit 3. Anruf/Online: _____

Datum und Uhrzeit 4. Anruf/Online: _____

Terminwunsch für: ☐ Sprechstunde ☐ probatorische Sitzungen

Angaben zum Vermittlungsversuch:

- ☐ Ich habe die TSS nicht erreicht
- ☐ Online konnte keine Vermittlung stattfinden
- ☐ Die TSS konnte keine probatorischen Sitzungen/Sprechstunde zeitnah vermitteln
- ☐ Die TSS sagt, Sie sei nicht zuständig

Sonstige Anmerkungen:

Datum & Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Wir gleichen diese im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit der Terminservicestelle ab.