Nachname, Vorname der/des Versicherten

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geschäftszeichen

Techniker Krankenkasse
Fax 040 - 46 06 61 40 95

Besondere psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg – Terminanfrage

Angaben der Techniker Krankenkasse

Die Terminabsprache erfolgt durch unsere Versicherte bzw. unseren Versicherten.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter: Telefon:
Servicezeiten: Mo.- Do. 8 - 18 Uhr, Fr. 8 - 16 Uhr

Angaben der Therapeutin/des Therapeuten für die Techniker Krankenkasse

Name der Therapeutin/des Therapeuten

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon, freiwillige Angabe

Der Erstkontakt hat bereits stattgefunden bzw. wird stattfinden am _ _ _ _ _ _ _ _
Tag Monat Jahr

Angabe zum geplanten Psychotherapieverfahren:

☐ Verhaltenstherapie ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ analytische Psychotherapie

☐ sonstige Therapie _____
Bezeichnung der Therapie

Weitere Angaben, wenn keine Terminvereinbarung erfolgt

☐ Die Versicherte bzw. der Versicherte hat sich nicht gemeldet.

☐ Bei der Versicherten bzw. dem Versicherten besteht kein Therapiebedarf.

Datum, Unterschrift, Stempel der Praxis

Muster