

Liste der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bei denen nach einem Therapieplatz gefragt wurde

Angaben zur Entfernung: kürzeste Route lt. GOOGLE MAPS

Akquise Nr. 1

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____ , _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Akquise Nr. 2

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____ , _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Akquise Nr. 3

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____ , _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Praxis für Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie - Alexander Hotz

Akquise Nr. 4

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____, _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Akquise Nr. 5

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____, _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Akquise Nr. 6

Name des Therapeuten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ angerufen am: _____, _____

Entfernung zum Wohnort: _____ Kilometer

Rückmeldung des Therapeuten:

- Wartezeit auf einen Therapieplatz nach Warteliste: _____ Monate länger 1 Jahr.
 Diese Praxis führt wegen Überfüllung keine Warteliste.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Name

Ort, Datum

Unterschrift Patient/elterlicher Vertreter