



• Tel.: 0171 3510571 • Mail: info@fokus-psychotherapie.de • www.fokus-psychotherapie.de •

Dokumentation zur erfolglosen Terminvermittlung durch die Terminservicestelle der KV Berlin (TSS)

Persönliche Angaben

Name der/des Patient*in:	
Geburtsdatum:	
Versicherungsnummer:	

Angaben zur (versuchten) Kontaktaufnahme mit der TSS

Terminwunsch: ☐ Sprechstunde ☐ Akutbehandlung ☐ Probatorische Sitzungen

Telefonisch 030 116 117		Über das Onlineformular https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/terminservice/kontaktformular-zur-terminvermittlung	
1. Versuch	2. Versuch	1. Versuch	2. Versuch
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Angaben zum Vermittlungsversuch

Die Antwort der TSS auf meine Anfrage(n) erfolgte am _____

☐ telefonisch ☐ per E-Mail (Kopie liegt bei).

Ich habe aus folgendem Grund keinen Termin erhalten:

- ☐ die TSS kann zu keiner Zeit einen Termin anbieten
- ☐ die TSS hat sich nach meiner Anfrage seit 4 Wochen nicht mehr gemeldet
- ☐ die TSS kann nur einen Termin in mehr als 4 Wochen anbieten
- ☐ die TSS hat mir einen Termin am _____ vermittelt, jedoch konnte mir die/der Therapeut*in in absehbarer Zeit keinen freien Therapieplatz anbieten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bewusst, dass die gemachten Angaben ggf. im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch meine gesetzliche Krankenkasse mit der TSS abgeglichen werden könnten.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____