

Erfassung Raumbuchungen

Quartal

Wir bitten Sie, dieses Formular zu Ihrem Abrechnungstermin mitzubringen.

Therapeut/in: _____

Raumbuchungsnummer: _____

Schwerpunkt/Jahrgang: _____

Institution: _____

Erfassung von:

- **Anamnesen** (*keine Raummiete*)
- **Tests** (*keine Raummiete*) - hier nur SCL-90, IIP-D, CBCL, CFT, YSR, Leistungs- und Entwicklungstests und vom Institut vorgefertigte Testpakete
- **Supervisionsstunden** (*keine Raummiete*)
- **ausgefallener Probatorik** (€ 1,00, bei Nichterscheinen des Patienten)

Sagt der Patient vorher ab, bitte den Raum freistellen und nicht hier aufführen.

Patient	Bitte eintragen: „A“ für Anamnese „T“ für Tests „Su“ für Supervision „P“ für ausgefallene Probatorik	Sitzungsdatum	Uhrzeit	Raum

Gesamtzahl: Anamnesen/Tests/Supervision _____
Ausgefallene Probatorik _____