

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Terminservicestelle  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50900

E-Mail: [terminservice@kvberlin.de](mailto:terminservice@kvberlin.de)

Bitte tragen Sie hier die Termine ein, die durch die Terminservicestelle vermittelt werden können.

Diese können Sie angeben als:

- **Serientermin** (gültig immer bis zum Ende des Kalenderjahres) **oder**
- **Einzeltermin**

Um Beachtung von Urlaubs- und anderen Abwesenheitszeiten in der Praxis wird gebeten.

Praxis/Einrichtung: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

Name Psychotherapeut/in: \_\_\_\_\_

Psychotherapieverfahren: \_\_\_\_\_

**Serientermine**

	Psychotherapeutische Sprechstunde			Akutbehandlung			Probatorik		
<b>Wochentag:</b>									
<b>Uhrzeit/-en um:</b>									
<b>Beginnend ab:</b> (Datum)									
<b>Intervall</b>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>
<b>Vorschlag eigenes Intervall</b> Bspw. jeden 2. Dienstag.									
<b>Buchungsabstand*</b> Zahl zwischen 1 und 7									

	Psychotherapeutische Sprechstunde			Akutbehandlung			Probatorik		
<b>Wochentag:</b>									
<b>Uhrzeit/-en um:</b>									
<b>Beginnend ab:</b> (Datum)									
<b>Intervall</b>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>	Wöchentlich <input type="checkbox"/>	14täglich <input type="checkbox"/>	1xpro Monat <input type="checkbox"/>
<b>Vorschlag eigenes Intervall</b> Bspw. jeden 2. Dienstag.									
<b>Buchungsabstand*</b> Zahl zwischen 1 und 7									

