

Meldung freier Einzeltherapieplätze

Name, Vorname: _____

MEDI ID: _____

E-Mail-Adresse: _____
 (freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- ☐ Ich behandle ausschließlich Erwachsene
- ☐ Ich behandle auch Kinder und Jugendliche
- ☐ Ich behandle ausschließlich Kinder und Jugendliche
- ☐ Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, Telefon, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Änderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

Datum, Unterschrift: _____

Zeitraum	Umfang freier Kapazitäten:	Angebote Therapieverfahren:
<u>Beispiel:</u> ☒ Monat/Jahr: September 2026 ☐ fortlaufend	Vormittags: ca. 2 Std. Nachmittags: ca. 3 Std.	- Verhaltenstherapie - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ Monat/Jahr: ☐ fortlaufend	Vormittags: Nachmittags:	
☐ Monat/Jahr: ☐ fortlaufend	Vormittags: Nachmittags:	
☐ Monat/Jahr: ☐ fortlaufend	Vormittags: Nachmittags:	
☐ Monat/Jahr: ☐ fortlaufend	Vormittags: Nachmittags:	

E-Mail an: vertraege@medi-verbund.de

