**Arge Psychotherapie**
**Unterschriftenliste**
**für Sachleistung für schwer erkrankte (SE) oder für wirtschaftlich schwache PatientInnen (WS)**

## Einzelpsychotherapie

**Name der Patientin / des Patienten**:_____

**O** **Kostenbeitrag** (WS) : ja **O** wenn ja, wie viel: _____
nein **O**

**O** **Selbstbehalt** (SE, 20%): _____

| Datum | Beginn und Ende | Unterschrift | Kostenbeitrag/ Selbstbehalt |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |