

Kontaktformular

Herrn
Dr. Peter Schmalz
Lutherstraße 17
47058 Duisburg

Betreff: Bitte um Terminvorschlag

Ich bitte um einen Termin für Erstgespräch/Psychotherapie
 Coaching
 Supervision

Name Vorname Geburtsdatum
Adresse Beruf
Telefon Wann sind Sie am besten erreichbar
Beschwerden
Beschwerden seit
Hausarzt

Möglichkeit, einen Termin wahrzunehmen – auch regelmäßig, wenn eine Psychotherapie vereinbart werden sollte.
Die Möglichkeiten, Ihnen Termine anzubieten, erweitern sich, wenn Sie nicht ausschließlich auf späte Nachmittags- und Abendstunden angewiesen sind:

.....

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00 – 10:00					
10:00 – 12:00					
12:00 – 14:00					
14:00 – 16:00					
16:00 – 18:00					
18:00 – 20:00					

Bitte haben Sie Verständnis, dass ich mich nur dann bei Ihnen melde, wenn ich innerhalb von 4 Wochen einen Termin anbieten kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift