



Bestätigung

Betreff: Dient zur Vorlage bei _____

Herr/Frau _____ befindet sich

seit _____ in psychotherapeutischer Behandlung in meiner Praxis.

Hiermit wird bestätigt, dass eine Refundierung seitens der Krankenkasse, aufgrund des Supervisionsstatus nicht möglich ist.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Ort

STLP
Bindergasse 8
A-8010 Graz

Telefon: +43 316 37 25 00
Fax: +43 316 37 25 00-15
E-Mail: office@stlp.at
Internet: www.stlp.at

