

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spitäl/Organisationen	
Name*		Name/	
Vorname*		Institution	
Geburtsdatum	Geschlecht	ZSR oder GLN	
Versicherung*		Adresse	
Nr. Versiche- rung*		Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
Strasse*			
PLZ/Ort*			
Telefon*			

Anordnung*			
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/ Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen		

Behandlung	
Anmerkungen zur Behandlung	

Anordnende/r Ärztin/Arzt	
Name*	
Telefon*	
E-Mail	
ZSR oder GLN*	
Adresse*	

Datum*	
Unterschrift*	
