

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

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

Anordnung*			
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzun- gen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurzthera- pie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzun- gen)		
	<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*	_____
