

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

<b>PatientIn</b>		<b>PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen</b>	
Name*		Name/Institution	
Vorname*		ZSR oder GLN	
Geburtsdatum	Geschlecht	Adresse	
Versicherung*			
Nr. Versicherung*			
Strasse*		Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
PLZ/Ort*			
Telefon*			

<b>Anordnung*</b>			
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	

<b>Behandlung</b>			
Anmerkungen zur Behandlung			

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

Datum*	
Unterschrift*	