

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

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

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)		

Behandlung
Anmerkung

Anordnender Arzt/Ärztin	Unterschrift*
Name*	_____
Telefon*	_____
E-Mail	_____
ZSR oder GLN	_____
Adresse*	_____

Datum* _____