

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/ Institution	_____
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	_____
Geburtsdatum	_____	Adresse	_____
Geschlecht	_____		
Versicherung*	_____		
Nr. Versiche- rung*	_____		
Strasse*	_____	Behandlungs- grund*	☐ Krankheit
PLZ/Ort*	_____		☐ Unfall
Telefon*	_____		☐ IV/MV
			☐ _____

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

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

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

Datum*
Unterschrift*
