

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

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

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*