

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

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

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
_____

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

Datum\* \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_