

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* | <input type="checkbox"/> Krankheit |
| PLZ/Ort* | _____ | | <input type="checkbox"/> Unfall |
| Telefon* | _____ | | <input type="checkbox"/> IV/MV |
| | | | <input type="checkbox"/> _____ |

| 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) | | |
| | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen | | |

| Behandlung |
|----------------------------|
| Anmerkungen zur Behandlung |
| _____ |

| Anordnende/r Ärztin/Arzt |
|-----------------------------|
| Name* |
| Telefon* |
| E-Mail |
| ZSR oder GLN* |
| Adresse* |
| _____ |
| Datum* |
| Unterschrift* |
| _____ |