

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

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

<b>Anordnung*</b>			
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	

<b>Behandlung</b>	
Anmerkungen zur Behandlung	

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

Datum*	
Unterschrift*	