

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn	PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen
Name* _____	Name/Insti- tution _____
Vorname* _____	ZSR oder GLN _____
Geb. Datum _____	Adresse _____
Geschlecht _____	
Versicherung* _____	
Vers.-Nr. * _____	
Strasse* _____	
PLZ/Ort* _____	Behand- lungsgrund* <input type="checkbox"/> Krankheit
Telefon* _____	<input type="checkbox"/> Unfall
	<input type="checkbox"/> IV/MV
	<input type="checkbox"/>

Anordnung*			
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurz- therapie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen ange- kreuzt werden.</i>
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sit- zungen	

Behandlung
Anmerkun- gen zur Be- handlung

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