



Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e	Psychothérapeute/hôpital/organisations
Nom*	Nom/institution
Prénom*	
Date de naissance	RCC ou GLN
Sexe	Adresse
Assurance*	
N° assurance*	
Rue*	Motif du traitement*
NPA/localité*	<input type="checkbox"/> Maladie
Téléphone*	<input type="checkbox"/> Accident
	<input type="checkbox"/> AI/AM
	<input type="checkbox"/>

Prescription*		
Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.)
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	
	<input type="checkbox"/> Traitement après 30 séances	

Prière de ne cocher qu'une seule case.

Traitement
Remarques sur le traitement

Médecin prescripteur
Nom*
Téléphone*
E-mail
RCC ou GLN*
Adresse*
Date*
Signature*