Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

|  |  |
| --- | --- |
| PatientIn |  |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |
| Geburtsdatum |  |
| Versicherung\* |  |
| Nr. Versicherung\* |  |
| Strasse\* |  |
| PLZ/Ort\* |  |
| Telefon\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen | |
| Name/Institution |  |
| ZSR oder GLN |  |
| Adresse |  |
| Behandlungsgrund\* | Krankheit  Unfall  IV/MV |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anordnung\* |  | | |
| Anordnung 1 | Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) | *Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.* |
| 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\* | 14.12.2022 |
| Unterschrift\* |  |