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\* |  |