

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

<b>PatientIn</b>	
Name*	_____
Vorname*	_____
Geburtsdatum	Geschlecht
Versicherung*	_____
Nr. Versicherung*	_____
Strasse*	_____
PLZ/Ort*	_____
Telefon*	_____
Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____

<b>Anordnung*</b> Wichtig: Kreuzchen am richtigen Ort !			
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> Bitte Diagnosen und andere medizinische Informationen in einem separaten Bericht	
Anmerkungen zur Behandlung	_____

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