

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/ Institution	_____
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	_____
Geburtsdatum	_____	Adresse	_____
Geschlecht	_____		
Versicherung*	_____		
Nr. Versiche- rung*	_____		
Strasse*	_____	Behandlungs- grund*	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐ _____
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*

Anordnung 1	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	☐ Krisenintervention/ Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)		
	☐ Behandlung nach 30 Sitzungen		

Behandlung

 Anmerkungen
zur Behandlung
Anordnende/r
Ärztin/Arzt

Name*	_____
Telefon*	_____
E-Mail	_____
ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	_____

 ? ZSR des Zuweisers
(häufig vergessen)

Datum*	_____
Unterschrift*	

 · Unterschrift
(Beispiel)