

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

| | |
|-------------------|---|
| PatientIn | |
| 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"/> _____ |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Anordnung* 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 | | |

| | |
|--|-------|
| Behandlung Bitte Diagnosen und andere medizinische Informationen in einem separaten Bericht | |
| Anmerkungen zur Behandlung | _____ |

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