

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/ Institution	Psychotherapie Aschwanden GmbH
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	_____
Geburtsdatum	_____	Adresse	_____
Geschlecht	_____		
Versicherung*	_____		
Nr. Versiche- rung*	_____	Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> Krankheit
Strasse*	_____		<input type="checkbox"/> Unfall
PLZ/Ort*	_____		<input type="checkbox"/> IV/MV
Telefon*	_____		<input type="checkbox"/> _____

Anordnung*			
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
Anmerkungen zur Behandlung
_____

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