



Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
Fédération Suisse des Psychologues
Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn	PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen
Name*	Name/Institution
Vorname*	ZSR oder GLN
Versicherung*	Adresse
Nr. Versicherung*	Behandlungsgrund*
Strasse*	<input type="checkbox"/> Krankheit
PLZ/Ort*	<input type="checkbox"/> Unfall
Telefon*	<input type="checkbox"/> IV/MV
Geburtsdatum	<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)		

Behandlung
Anmerkung

Anordnender Arzt/Ärztin
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN
Adresse*

Datum* _____

Unterschrift* _____