

# Anordnung psychologische Psychotherapie

PatientIn	
Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
AHV-Nr.	_____
Telefon	_____
Mail	_____

Empfänger:	
Gesetz/Vers.-Nr	_____
Behandlungsgrund	_____

Versicherung	
Name	_____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
GLN	_____

Anordnung	
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen

Zuweisungsgrund	Anmerkungen zur Behandlung

PsychologIn

Mail	_____
Tel.	_____ Fax _____
GLN	_____ ZSR _____

Arzt/Ärztin

Mail	_____
Tel.	_____ Fax _____
GLN	_____ ZSR _____

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung	