

Ordonnance de psychothérapie psychologique

Patient

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe _____
Rue _____
NPA / Lieu _____
N° AVS _____
Téléphone _____
Mail _____

Destinataire:

Assureur

Nom _____
Rue _____
NPA / Lieu _____
GLN _____

Loi / N° assurance _____
Motif du traitement _____

Ordonnance

1ère ordonnance Psychothérapie (max. 15 séances) Intervention de crise/thérapie brève (max. 10 séances)

2ème ordonnance Psychothérapie (max. 15 séances)
 Traitement après 30 séances

Motif du traitement Remarques sur le traitement

Psychologue

Mail _____
Tél. _____ Fax _____
GLN _____ RCC _____

Médecin

Mail _____
Tél. _____ Fax _____
GLN _____ RCC _____

Date _____

Signature _____

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique	
----------------------------------	--