

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

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

| Anordnung*  |  |   |  |
|-------------|--|---|--|
| Anordnung 1 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie<br>(max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/<br>Kurztherapie<br>(max. 10 Sitzungen) | <i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i> |
| Anordnung 2 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie<br>(max. 15 Sitzungen) |   |  |
|             | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen          |   |  |

| Behandlung                 |
|----------------------------|
| Anmerkungen zur Behandlung |
| _____                      |

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