

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	_____
Vorname*	_____	Bea Stöcklin-Marty	_____
Geburtsdatum	_____	ZSR oder GLN	H668305
Geschlecht	_____	Adresse	_____
Versicherung*	_____	Rösslimatte 7,	_____
Nr. Versicherung*	_____	8808 Pfäffikon	_____
Strasse*	_____	SZ	_____
PLZ/Ort*	_____	Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit
Telefon*	_____		<input type="checkbox"/> Unfall
			<input type="checkbox"/> IV/MV
			<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

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

Datum* _____