

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn	
Name*	_____
Vorname*	_____
Geburtsdatum	Geschlecht _____
Versicherung*	_____
Nr. Versicherung*	_____
Strasse*	_____
PLZ/Ort*	_____
Telefon*	_____

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name/Institution	Praxis lic. phil. Fabienne Brigger Eidg. anerkannte Psychotherapeutin
ZSR	1851131
GLN	7601007837335
Adresse	Schoffelgasse 7 8001 Zürich
Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <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
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*

Datum*	_____	Unterschrift*	_____
--------	-------	---------------	-------