

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*		Name/Institu- tion	Lea Hecht
Vorname*		ZSR oder GLN	ZSR Q823720
Geburtsdatum	Geschlecht	Adresse	Hauptstrasse 14 8280 Kreuzlingen
Versicherung*		Behandlungs- grund*	<input checked="" type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/>
Nr. Versiche- rung*			
Strasse*			
PLZ/Ort*			
Telefon*			

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

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

Anordnende/r Ärztin/Arzt
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*

Datum*	
Unterschrift*	