

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

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

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	

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

Datum*	
Unterschrift*	