

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Psych-Psychotherapiepraxis
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	A265510
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____	Adresse	3280 Murten/Morat
Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐ _____
Nr. Versicherung*	_____		
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*	
Anordnung 1	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) ☐ Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) <i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) ☐ Behandlung nach 30 Sitzungen

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

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

Datum*	_____
Unterschrift*	_____