

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*		Nom/institution	Psyg-Psychotherapiepraxis
Prénom*		RCC ou GLN	A265510
Date de naissance	Sexe	Adresse	3280 Murten/Morat
Assurance*			
N° assurance*			
Rue*		Motif du traitement*	☐ Maladie ☐ Accident ☐ AI/AM ☐
NPA/localité*			
Téléphone*			

Prescription*	
Prescription 1	☐ Psychothérapie (15 séances max.) ☐ Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.)
Prescription 2	☐ Psychothérapie (15 séances max.) ☐ Traitement après 30 séances

Traitement
Remarques sur le traitement

Médecin prescripteur
Nom*
Téléphone*
E-mail
RCC ou GLN*
Adresse*

Date*	
Signature*	