Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

|  |  |
| --- | --- |
| PatientIn |  |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |
| Geburtsdatum |  Geschlecht |
| Versicherung\* |  |
| Nr. Versicherung\* |  |
| Strasse\* |  |
| PLZ/Ort\* |  |
| Telefon\* |  |

|  |
| --- |
| PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |
| Name/Institution | Ott Seifert; Sonja; Eidg. anerkannte Psychotherapeutin ASP |
| ZSR oder GLN | 76011003985733 |
| Adresse | Bahnhofplatz 148400 WinterthurMail sonja-ott-seifert@asp-hin.chMobil 076 567 5144 |
| Behandlungsgrund\* | ☐ Krankheit☐ Unfall☐ IV/MV☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Anordnung\* |  |
| Anordnung 1 | ☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | ☐ Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) | *Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.* |
| 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\* |  |