

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Rafael Estermann
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	7601007923540
Geburtsdatum	_____	Adresse	Chutzenstrasse 57 3007 Bern
Geschlecht	_____		
Versicherung*	_____		
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	x Krankheit
Strasse*	_____		<input type="checkbox"/> Unfall
PLZ/Ort*	_____		<input type="checkbox"/> IV/MV
Telefon*	_____		<input type="checkbox"/>

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

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

Datum* _____

Unterschrift* _____