

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom/institution	Rafael Estermann
Prénom*	_____	RCC ou GLN	7601007923540
Date de naissance	_____ Sexe _____	Adresse	Chutzenstrasse 57 3007 Bern
Assurance*	_____		
N° assurance*	_____		
Rue*	_____	Motif du traitement*	x Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____
NPA/localité*	_____		
Téléphone*	_____		

Prescription*			
Prescription 1	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)	<input type="checkbox"/> Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.)	<i>Prière de ne cocher qu'une seule case.</i>
Prescription 2	<input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.)		
	<input type="checkbox"/> Traitement après 30 séances		

Traitement
Remarques sur le traitement

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

Date* _____

Signature* _____