Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

|  |  |
| --- | --- |
| PatientIn |  |
| Name\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Geschlecht [ ]  w [ ] m |
| Versicherung\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nr. Versicherung\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ/Ort\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |
| Name/Institution | lic. phil. Gabriela Heereidg. anerkannte Psychotherapeutin |
| ZSR oder GLN | B694932 |
| Adresse | Frau Gabriela HeerPraxis am EigerplatzMühlemattstrasse 623007 Berngabriela.heer@psychologie.ch(HIN-gesichert)[www.gabrielaheer.ch](http://www.gabrielaheer.ch)  |
| 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 | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Anordnender Arzt/Ärztin |  |
| Name\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| ZSR oder GLN\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum\* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unterschrift\* |  |