

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

| PatientIn         |       | PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |   |
|-------------------|-------|---|---|
| Name*             | _____ | Name/Institution                        | Frei und Geborgen<br>M.Sc. Tamara Dold  |
| Vorname*          | _____ | ZSR oder GLN                            | D693217   |
| Geburtsdatum      | _____ | Adresse                                 | Neugasse 1<br>9113 Degersheim   |
| Geschlecht        | _____ | Behandlungsgrund*                       | <input type="checkbox"/> Krankheit<br><input type="checkbox"/> Unfall<br><input type="checkbox"/> IV/MV<br><input type="checkbox"/> _____ |
| Versicherung*     | _____ |   |   |
| Nr. Versicherung* | _____ |   |   |
| Strasse*          | _____ |   |   |
| PLZ/Ort*          | _____ |   |   |
| Telefon*          | _____ |   |   |

| 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\* \_\_\_\_\_