

### Anordnung psychologische Psychotherapie

**\*Pflichtfelder**

PatientIn	
Name*	_____
Vorname*	_____
Geburtsdatum	Geschlecht _____
Versicherung*	_____
Nr. Versicherung*	_____
Strasse*	_____
PLZ/Ort*	_____
Telefon*	_____

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name/Institution	Praxis für Psychotherapie Eva Schaller
ZSR oder GLN	L589220
Adresse	Hauptstrasse 14, Eingang Süd 8280 Kreuzlingen
Behandlungsgrund*	<input checked="" type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____

Anordnung*			
Anordnung 1	<input checked="" 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\* \_\_\_\_\_