

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Aeschlimann Annelise Eidg. anerkannte Psychotherapeutin FSP
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	B676132
Geburtsdatum	_____	Adresse	Zytgloggelaube 2 3011 Bern
Geschlecht	_____	Behandlungsgrund	X Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/>
Versicherung*	_____		_____
Nr. Versicherungskarte*	_____		annelise.aeschlimann@psychologie.ch
Strasse*	_____		ch
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	Unterschrift*
Name*	_____
Telefon*	_____
E-Mail	_____
ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	_____

Datum* _____