

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		Psychotherapeutin/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Dr. phil. Ira Gäbler
Vorname*	_____		c/o Die Psychologinnen – Praxis für Psychotherapie
Geburtsdatum	_____	ZSR oder GLN	W879931
	Geschlecht _____	Adresse	Dufourstrasse 161
Versicherung*	_____		8008 Zürich
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit
Strasse*	_____		<input type="checkbox"/> Unfall
PLZ/Ort*	_____		<input type="checkbox"/> IV/MV
Telefon*	_____		<input type="checkbox"/> _____

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* _____