

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	lic. phil. Ruben Ammann www.psychotherapie.one
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	W 498 632 / 760 100 756 353 1
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Versicherung*	_____	Adresse	Psychotherapeutische Praxis für Jugendliche und Erwachsene Friedensstrasse 10 3007 Bern praxis@psychotherapie.one +41 76 372 25 27
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
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

Anordnende/r Ärztin/Arzt
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*

Datum* _____

Unterschrift* _____