

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

| PatientIn         |       | PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|-------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name*             | _____ | Name/Institution                        | <a href="http://www.psychotherapie.one">lic. phil. Ruben Ammann<br/>www.psychotherapie.one</a>                                                                                                                 |
| Vorname*          | _____ | ZSR oder GLN                            | <a href="http://www.psychotherapie.one">W 498 632 / 760 100 756 353 1</a>                                                                                                                                      |
| Geburtsdatum      | _____ | Adresse                                 | Psychotherapeutische Praxis<br>für Jugendliche und Erwachsene<br><b>Friedensstrasse 10</b><br>3007 Bern<br><a href="mailto:praxis@psychotherapie.one">praxis@psychotherapie.one</a><br><b>+41 76 372 25 27</b> |
| 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 |
| _____                      |

| Anordnende/r<br>Ärztin/Arzt |
|-----------------------------|
| Name*                       |
| Telefon*                    |
| E-Mail                      |
| ZSR oder GLN*               |
| Adresse*                    |

Datum\* \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_