

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Simone Bürge Desorgher eidg. anerkannte Psychologin und Psychotherapeutin
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	U1306.32
Geburtsdatum	_____	Adresse	Monbijoustr. 35 3011 Bern
Versicherung*	_____	Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/>
Nr. Versiche- rung*	_____		_____
Strasse*	_____		_____
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*			
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzun- gen)	<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 Sitzun- gen)		
	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen		

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

Anordnen- der Arzt/ Name*	Datum*
Telefon*	Unterschrift*
E-Mail	_____
ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	
