

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	lic. phil. Philip Läubli Praxis für Psychotherapie
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	H 4734.11 / 7601007495658
Geburtsdatum	_____	Adresse	_____
Geschlecht	_____	_____	_____
Versicherung*	_____	_____	_____
Nr. Versicherung*	_____	_____	078 667 33 09 philip.laeubli@fsp-hin.ch
Strasse*	_____	_____	_____
PLZ/Ort*	_____	_____	_____
Telefon*	_____	_____	_____
		Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <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* _____