

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution: Praxis Tribschenschstadt /Veronika Schmidt, MSc, eidg. anerkannte Psychotherapeutin	
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	7601003998504
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____	Adresse	
Versicherung*	_____	Rösslimatte 48 6005 Luzern	
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	
Strasse*	_____	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	
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

Anordnender Arzt/Ärztin	Datum*	_____
	Unterschrift*	_____
	Name*	_____
	Telefon*	_____
	E-Mail	_____
	ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	_____	_____