

## Anordnung psychologische Psychotherapie

### \*Pflichtfelder

PatientIn	
Name*	_____
Vorname*	_____
Geburtsdatum	_____ Geschlecht _____
Versicherung*	_____
Nr. Versiche- rung*	_____
Strasse*	_____
PLZ/Ort*	_____
Telefon*	_____

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name/ Institution	lic.phil. Nathalie Baumann
ZSR oder GLN	J907832 / 760 100 391 5327
Adresse	_____
	Schauplatzgasse 27, 3011 Bern
Behandlungs- grund*	<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
_____

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