

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Nadine Andreossi Eidg. anerkannte Psychotherapeutin
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	ZSR: V755231 GLN: 7601007005765
Geburtsdatum	_____	Adresse	Freigutstrasse 4 8002 Zürich
Geschlecht	_____	Behandlungsgrund*	x Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
Versicherung*	_____		
Nr. Versicherung*	_____		
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*			
Anordnung 1	<input checked="" 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

\_\_\_\_\_

Unterschrift\*

<b>Anordnender Arzt/Ärztin</b>	_____
Name*	_____
Telefon*	_____
E-Mail	_____
ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	_____

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