Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

|  |  |
| --- | --- |
| PatientIn |  |
| Name\* |  |
| Vorname\* |  |
| Geburtsdatum | Geschlecht |
| Versicherung\* |  |
| Nr. Versicherung\* |  |
| Strasse\* |  |
| PLZ/Ort\* |  |
| Telefon\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen | |
| Name/Institution | Dr. Phil. Ueli Müller  Praxis für Psychotherapie |
| ZSR oder GLN | W393519 |
| Adresse | Mäderstrasse 15  5400 Baden  T 052 243 10 10  [ueli.mueller@fsp-hin.ch](mailto:ueli.mueller@fsp-hin.ch)  mueller-psychotherapie.ch |
| Behandlungsgrund\* | ☐ Krankheit  ☐ Unfall  ☐ IV/MV  ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anordnung\* |  | | |
| Anordnung 1 | ☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | ☐ Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) | *Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.* |
| Anordnung 2 | ☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) |  | |
|  | ☐ Behandlung nach 30 Sitzungen |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Behandlung |  |
| Anmerkungen zur Behandlung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anordnender Arzt/Ärztin |  |
| Name\* |  |
| Telefon\* |  |
| E-Mail |  |
| ZSR oder GLN\* |  |
| Adresse\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum\* |  |
| Unterschrift\* |  |