

Anordnung psychologischer Psychotherapie

*Pflichtfelder

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

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name/Institution	Dr. Lars M. Kreissner Praxis Schweizergasse
ZSR oder GLN	ZSR M994812 /GLN 760 100 777 02 05
Adresse	Schweizergasse 8 4054 Basel Tel: 0041 782518185 Mail: l.kreissner@psychologie.ch
Behandlungsgrund*	<input checked="" type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____

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

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

Stempel/ Unterschrift* _____