

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

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

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name/Institution	Forensik Praxis Bern, Psychotherapie & Supervision Sandra Sommer
ZSR oder GLN	V603632
Adresse	Marktgasse 18, 3011 Bern sandra.sommer@psychologie.ch (HIN)
Behandlungsgrund*	X 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)
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	
	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen	

Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

Anordnen-der Arzt/Ärztin
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*

Datum* _____

Unterschrift* _____