

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name	Rebekka Schneider MSc.
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	ZSR H852831 GLN 7601007941834
Geburtsdatum	_____	Adresse	Schneider Beratung c/o Praxis Rigiblick Rigistrasse 9 8006 Zürich
Versicherung*	_____	Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
Nr. Versiche- rung*	_____		
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*			
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzun- gen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurzthera- pie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzun- gen)		
	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen		

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung
_____

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

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

Unterschrift\* \_\_\_\_\_