

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Lic.phil. Sabine Ihle Eidg. anerkannte Psychotherapeutin Fachpsychologin für Psychotherapie FSP Praxis für Psychotherapie & Supervision
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	GLN: 7601003931730
Geburtsdatum	_____	Adresse	Bollwerk 21, 3011 Bern
Geschlecht	_____	Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
Versicherung*	_____		
Nr. Versicherung*	_____		
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		

Anordnung*			
Anordnung 1	<input 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	Unterschrift*
Name*	_____
Telefon*	_____
E-Mail	_____
ZSR oder GLN*	_____
Adresse*	_____

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