

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		Praxis	
Name*	_____	Name	Autismus - Zentrum
Vorname*	_____	Leitung	Dr. phil. Batya Licht
Geburtsdatum	_____	ZSR	H801931
	Geschlecht _____	Adresse	Autismus - Zentrum Praxen am Grossmünsterplatz Grossmünsterplatz 6 8001 Zürich
Strasse*	_____	E-Mail	ASSabklaerung@hin.ch
PLZ/Ort*	_____	Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/>
Telefon*	_____		
E-Mail	_____		
Versicherung*	_____		
Nr. Versicherung*	_____		

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

Anordnender Arzt/Ärztin

Name* _____

Telefon* _____

E-Mail _____

ZSR oder GLN* _____

Adresse* _____

Datum* _____

Unterschrift* _____