

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		Praxis	
Name*	_____	Name	Dr.phil. Ava Schulz
Vorname*	_____		Eidg. anerk. Psychotherapeutin
Geburtsdatum	_____		Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Geschlecht	_____	ZSR	I532931
Strasse*	_____	Adresse	Frau Lic.phil. Ava Schulz
PLZ/Ort*	_____		Praxen am Grossmünsterplatz
Telefon*	_____		Grossmünsterplatz 6
E-Mail	_____		8001 Zürich
Versicherung*	_____	E-Mail (hin-gesch.)	ava.schulz@psychologie.ch
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungs- grund*	<input type="checkbox"/> 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)	<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\* \_\_\_\_\_