

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		Praxis	
Name*	_____	Name	Dr. phil. Batya Licht
Vorname*	_____		Eidg. anerk. Psychotherapeutin
Geburtsdatum	_____		Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
	Geschlecht _____	ZSR	KVT Supervisorin FSP
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____	Adresse	H801931
Telefon*	_____		Frau Dr. phil. Batya Licht
E-Mail	_____		Praxen am Grossmünsterplatz
Versicherung*	_____	E-Mail	Grossmünsterplatz 6
Nr. Versicherung*	_____		8001 Zürich
		Behandlungs-	batya.licht@fsp-hin.ch
		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\* \_\_\_\_\_