

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

| PatientIn         |                  | Psychotherapeut      |  |
|-------------------|------------------|----------------------|--|
| Name*             | _____            | Name                 | Dr. phil. Marco Maffezzoni   |
| Vorname*          | _____            |                      | Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut,<br>Fachpsychologe für Psychotherapie FSP                  |
| Geburtsdatum      | _____            | ZSR                  | G749231  |
|                   | Geschlecht _____ | Adresse              | Herr Dr. phil. Marco Maffezzoni<br>Praxen am Grossmünsterplatz<br>Grossmünsterplatz 6<br>8001 Zürich |
| Strasse*          | _____            | E-Mail (Hin- gesch.) | marco.maffezzoni@psychologie.ch  |
| PLZ/Ort*          | _____            | Behandlungs-         | <input type="checkbox"/> Krankheit   |
| Telefon*          | _____            | grund*               | <input type="checkbox"/> Unfall  |
| E-Mail            | _____            |                      | <input type="checkbox"/> IV/MV   |
| Versicherung*     | _____            |                      | <input type="checkbox"/>   |
| 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 ausgewählt 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\* \_\_\_\_\_