

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

| PatientIn                             |            | PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |                                                                                                                                           |
|---------------------------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name*                                 |            | Name/Institution                        | Psychologische Praxis Frank Margulies                                                                                                     |
| Vorname*                              |            | ZSR oder GLN                            | ZSR T664331                                                                                                                               |
| Geburtsdatum                          | Geschlecht | Adresse                                 | Zeughausstrasse 39<br>8004 Zürich                                                                                                         |
| Versicherung*                         |            | Behandlungsgrund*                       | <input type="checkbox"/> Krankheit<br><input type="checkbox"/> Unfall<br><input type="checkbox"/> IV/MV<br><input type="checkbox"/> _____ |
| Nr. Versicherung                      |            |                                         |                                                                                                                                           |
| Nr. der Krankenkassenkarte* (8075...) |            |                                         |                                                                                                                                           |
| 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\* \_\_\_\_\_