

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn	
Name*	_____
Vorname*	_____
Geburtsdatum	Geschlecht _____
Versicherung*	_____
Nr. Versicherungs*	_____
Strasse*	_____
PLZ/Ort*	_____
Telefon*	_____

PsychotherapeutIn/Spital/Organisation	
Name/ Institution	Psychologische Psychotherapie Wyssenbach
ZSR oder GLN	Sarah Wyssenbach M.Sc. / MAS
Adresse	Seevorstadt 105, 2502 Biel 077 523 44 54 s.wyssenbach@psychologie.ch ZSR C817632, GLN 7601002902663
Behandlungs- grund*	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐ _____

Anordnung*			
Anordnung 1	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	☐ Krisenintervention/ Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) ☐ Behandlung nach 30 Sitzungen		

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

Anordnende/r Ärztin/Arzt
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*
Datum*
Unterschrift*