

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	lic. phil. Maja Gross, psychologische Psychotherapeutin
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	G978331 / 7601003958409
Geburtsdatum	_____	Adresse	Bellerivestrasse 28 8008 Zürich
Geschlecht	_____	E-Mail:	<a href="mailto:gross.maja@hin.ch">gross.maja@hin.ch</a>
Versicherung*	_____	Tel.	079 656 53 65
Nr. Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	<input checked="" type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
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
Name*
Telefon*
E-Mail
ZSR oder GLN*
Adresse*

Datum\* \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_