

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*	_____	Name/Institution	Psychotherapeutische Gruppenpraxis PGP Olten
Vorname*	_____	ZSR oder GLN	ZSR A154111 GLN 760 100 155 8205
Geburtsdatum *	_____	Adresse	Ringstrasse 30 4600 Olten
Versicherung*	_____	Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/> _____
KK-Kartennummer (20-stellige-Nr.)*	_____		
Strasse*	_____		
PLZ/Ort*	_____		
Telefon*	_____		
E-Mail *	_____		

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\* \_\_\_\_\_