

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn	
Name*		Name/ Institution	Psychotherapie Oerlikon lic. phil. Barbara Schmid Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Vorname*		ZSR oder GLN	ZSR R689131 GLN 7601007561599
Geburtsdatum	Geschlecht	Adresse	Psychotherapie Oerlikon Barbara Schmid c/o Gästehaus Hunziker Hagenholzstrasse 104b 8050 Zürich barbara.schmid@psychologie.ch (HIN)
Versicherung*		Behandlungs- grund*	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐
Nr. Versiche- rung*			
Strasse*			
PLZ/Ort*			
Telefon*			

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

Behandlung
Anmerkungen zur Behandlung

Anordnender Arzt/Ärztin	Unterschrift*
Name*	
Telefon*	
E-Mail	
ZSR oder GLN*	
Adresse*	

Datum* _____