

## Anordnung psychologische Psychotherapie

\*Pflichtfelder

| PatientIn              |            | PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen |                                                                                                                                     |
|------------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name*                  |            | Name/<br>Institution                    | Helga Fabian                                                                                                                        |
| Vorname*               |            | ZSR oder GLN                            | 7601007792931                                                                                                                       |
| Geburtsdatum           | Geschlecht | Adresse                                 | Hertensteinstrasse 50<br>6004 Luzern                                                                                                |
| Versicherung*          |            | Behandlungs-<br>grund*                  | <input type="checkbox"/> Krankheit<br><input type="checkbox"/> Unfall<br><input type="checkbox"/> IV/MV<br><input type="checkbox"/> |
| Nr. Versiche-<br>rung* |            |                                         |                                                                                                                                     |
| Strasse*               |            |                                         |                                                                                                                                     |
| PLZ/Ort*               |            |                                         |                                                                                                                                     |
| Telefon*               |            |                                         |                                                                                                                                     |

| Anordnung*  |                                                                                                                         |                                                                                     |                                                  |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Anordnung 1 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie<br>(max. 15 Sitzungen)                                                          | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/<br>Kurztherapie<br>(max. 10 Sitzungen) | <i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i> |
| Anordnung 2 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie<br>(max. 15 Sitzungen)<br><input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen |                                                                                     |                                                  |

| Behandlung                 |
|----------------------------|
| Anmerkungen zur Behandlung |

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