

Anordnung psychologische Psychotherapie

PatientIn	
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> Geschlecht <input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>

Empfänger:	
Gesetz/Vers.-Nr	<input type="text"/>
Behandlungsgrund	<input type="text"/>

Versicherung	
Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>

Anordnung	Anmerkungen zur Behandlung	
Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen

Zuweisungsgrund
<input type="text"/>

PsychologIn
<input type="text"/>

Mail	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/> Fax <input type="text"/>
GLN	<input type="text"/> ZSR <input type="text"/>

Arzt/Ärztin
<input type="text"/>

Mail	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/> Fax <input type="text"/>
GLN	<input type="text"/> ZSR <input type="text"/>

Datum

Unterschrift
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung
<input type="text"/>