

### Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder	
Patientin	
Name*	
Vorname*	
Geburtsdatum	Geschlecht
Versicherung*	
Nr. Versicherung*	
Strasse*	
PLZ/Ort*	
Telefon*	

Psychotherapeutin/Spital/Organisationen	
Name/Institution	Psychotherapie Gnägi Daniela Gnägi
ZSR oder GLN	0615832
Adresse	Neuengasse 39 3011 Bern
Behandlungsgrund*	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV/MV <input type="checkbox"/>

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*	