

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn		PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen	
Name*		Name/Institution	Polyvista
Vorname*		ZSR oder GLN	T755918
Geburtsdatum	Geschlecht	Adresse	Dischmastrasse 7 CH7260 Davos
Versicherung*			Dorfstrasse 42 CH7220 Schiers
Nr. Versiche- rung*		Behandlungs- grund*	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV/MV ☐
Strasse*			
PLZ/Ort*			
Telefon*			

Anordnung*		
Anordnung 1	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<i>Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.</i>
Anordnung 2	☐ Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	
	☐ Behandlung nach 30 Sitzungen	

Behandlung	
Anmerkungen zur Behandlung	F (Braucht keine weiteren Angaben)

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