



Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

Patient:in

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Versicherung* _____

Nr. Versicherung* _____

Strasse* _____

PLZ/Ort* _____

Telefon* _____

Psychotherapeut:in/Spital/Organisationen

Name/
Institution _____ Zentrum für Psychotherapie

ZSR oder GLN _____ ZSR: C770012

Adresse _____
Fakultät für Psychologie
Universität Basel
Missionsstrasse 62
4055 Basel

Behandlungs-
grund* Krankheit
 Unfall
 IV/MV

Anordnung*

Anordnung 1 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) Krisenintervention/ Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) *Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.*

Anordnung 2 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)

Behandlung nach 30 Sitzungen

Behandlung

Anmerkungen
zur Behandlung

Anordnende:r

Ärzt:in

Name* _____

Telefon* _____

E-Mail _____

ZSR oder GLN* _____

Adresse* _____

Datum* _____

Unterschrift* _____