

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

Patient/in	Psychotherapeut/in / Spital / Organisationen
Name*	Name
Vorname*	Institution
Geburtsdatum* _____ Geschlecht _____	ZSR oder GLN
Versicherung*	Adresse
Versicherungs-Nr.*	
Strasse*	Behandlungsgrund* <input type="checkbox"/> Krankheit
PLZ/Ort*	<input type="checkbox"/> Unfall
Telefon*	<input type="checkbox"/> IV/MV
	<input type="checkbox"/> _____

Anordnung*1

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

Anordnende/r Ärztin/Arzt

Name* _____

Adresse* _____

Telefon* _____

E-Mail _____

ZSR oder GLN* _____

Datum* _____

Unterschrift* _____

1: Eine Anordnung darf nur durch eine(n) Arzt/Ärztin mit einem eidg. anerkannten Weiterbildungstitel in

- Allgemeiner Innerer Medizin (oder einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin,
- Psychiatrie oder Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendmedizin
- oder Inhaber/-in eines interdisziplinären Schwerpunkttitels Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM)

ausgestellt werden.

2: Eine Krisenintervention/Kurztherapie darf durch ÄrztInnen mit anderen Weiterbildungstiteln oder Praktische Ärztinnen angeordnet werden (gemäss Art. 11b Abs. 1 lit. B KLV).