

## Anordnung psychologische Psychotherapie

### \*Pflichtfelder

**PatientIn**

Name\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Geschlecht\* \_\_\_\_\_

Strasse\* \_\_\_\_\_

PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Versicherung\* \_\_\_\_\_

Nr. Versicherung\* \_\_\_\_\_

**Praxis**

Name Autismus - Zentrum Zürich

Leitung Dr. phil. Batya Licht

**Adresse 1** Autismus - Zentrum Zürich  
Praxen am Grossmünsterplatz  
Grossmünsterplatz 6  
8001 Zürich  
R665131

ZSR

**Adresse 2** Autismus - Zentrum Zürich  
Lavaterstrasse 57  
8002 Zürich  
U824631  
autismus-zentrum@hin.ch

ZSR

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

\_\_\_\_\_

### Anordnender Arzt/Ärztin

Name\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

ZSR oder GLN\* \_\_\_\_\_

Adresse\* \_\_\_\_\_

Datum\* \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_