

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

ZSR

ASSabklaerung@hin.ch

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* _____