

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*		Nom/institution	Psychotherapeutische Praxisstelle
Prénom*		RCC ou GLN	
Date de naissance	Sexe	Adresse	Universität Freiburg Departement für Psychologie Psychotherapeutische Praxisstelle rue de Faucigny 2 1700 Freiburg
Assurance*			
N° assurance*			
Rue*		Motif du traitement*	☐ Maladie ☐ Accident ☐ AI/AM ☐
NPA/localité*			
Téléphone*			

Prescription*			
Prescription 1	☐ Psychothérapie (15 séances max.)	☐ Intervention de crise/ thérapie brève (10 séances max.)	<i>Prière de ne cocher qu'une seule case.</i>
Prescription 2	☐ Psychothérapie (15 séances max.)		
	☐ Traitement après 30 séances		

Médecin prescripteur	
Nom*	
Formation postgraduée*	
Téléphone*	
E-mail	
RCC ou GLN*	
Adresse*	
Date*	
Signature*	