

## Anordnung psychologische Psychotherapie

### \*Pflichtfelder

#### Patient/in

Name\* \_\_\_\_\_  
 Vorname\* \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Versicherung\* \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-Nr.\* \_\_\_\_\_  
 Strasse\* \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_  
 Telefon\* \_\_\_\_\_

#### Psychotherapeut/in / Spital / Organisationen

Name \_\_\_\_\_  
 Institution \_\_\_\_\_  
 ZSR oder GLN \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Behandlungsgrund\* \_\_\_\_\_

- Krankheit  
 Unfall  
 IV/MV  
 \_\_\_\_\_

#### Anordnung\*<sup>1</sup>

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