

## 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*	_____	Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____
N° assurance*	_____		
Rue*	_____		
NPA/localité*	_____		
Téléphone*	_____		

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

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