

Anordnung psychologische Psychotherapie

*Pflichtfelder

PatientIn

Name* _____

Vorname* _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Versicherung* _____

Nr. Versiche-
rung* _____

Strasse* _____

PLZ/Ort* _____

Telefon* _____

PsychotherapeutIn/Spital/Organisationen

Name/Institu-
tion lic.phil. Sirin Yoker

ZSR oder GLN K 780031

Adresse Schoffelgasse 7
8001 Zürich

Behandlungs-
grund* Krankheit
 Unfall
 IV/MV

Anordnung*

Anordnung 1 Psychotherapie (max. 15 Sitzun-
gen) Krisenintervention/Kurzthera-
pie (max. 10 Sitzungen) *Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt
werden.*

Anordnung 2 Psychotherapie (max. 15 Sitzun-
gen)

Behandlung nach 30 Sitzungen

Behandlung

Anmerkungen
zur Behandlung

**Anordnende/r
Ärztin/Arzt**

Name* _____

Telefon* _____

E-Mail _____

ZSR oder GLN* _____

Adresse* _____

Datum* _____

Unterschrift* _____
