|  |  |
| --- | --- |
| **Anordnung psychologische Psychotherapie****Reha Rheinfelden** **Curativa** **Das Ambulante Zentrum**TherapiedispositionSalinenstrasse 98CH-4310 RheinfeldenTelefon +41 (0)61 836 53 00E-Mail curativa@reha-rhf.ch[www.reha-rheinfelden.ch](http://www.reha-rheinfelden.ch)**ZSR** N719819 |      **reha-rf_signet_office_swreha-rf_signet_office_swreha-rf_signet_office_sw** |
|  |
| **Patient/Patientin** \*Pflichtfeld |
| Name\* |       [ ] w [ ] m | Geburtsdatum |       |
| Vorname\* |       | Telefon-Nr. |       |
| Adresse |       | Versicherer\* |       |
| PLZ, Ort |       | Vers.- / Unfall-Nr.\* |       |
|  |
| **Behandlungsgrund\*** |
| [ ]  | Krankheit | [ ]  | Unfall | [ ]  | Invalidität | [ ]  |  |
|  |
| **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\*** |
| Anmerkungzur Behandlung      |
|  |
| **Anordnende/r Ärztin/Arzt** | **Anordnende/r Ärztin/Arzt** |
|       | Name\* |       |
|  | Telefon\* |       |
|  | E-Mail |       |
|  | ZSR oder GLN\* |       |
|  | Adresse\* |       |
| Datum\* |       | Unterschrift / Stempel\* |  |