



Anordnung Psychologische Psychotherapie

Patientin/Patient

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
 Strasse: _____ Adresszusatz: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____ Mobile _____
 E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Psychotherapeutin/Psychotherapeut

Psychotherapeutische Praxis für Überlebende von Folter und Krieg AG ZSR-Nummer: C169932
 Werkstrasse 18, 3084 Wabern

Behandlungsgrund: Krankheit Unfall IV/MVI

Anordnung

Anordnung 1* Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) Krisenintervention/Kurztherapie
 (max. 10 Sitzungen)
 Anordnung 2 Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)
 Behandlung nach 30 Sitzungen

*Wichtig:

Bei Anordnung 1 ist es **zwingend**, dass ein ausgefülltes **Anmeldeformular** mitgesendet wird. Das Anmeldeformular finden Sie auch auf unserer Webseite bei der Anordnung. Eine unvollständig ausgefüllte Anordnung und (fehlende) Anmeldung kann leider nicht berücksichtigt werden.

Anordnende Ärztin/anordnender Arzt

Unterschrift und Stempel Zuweisungsstelle

Ort/Datum: _____

Bitte **beide** vollständig ausgefüllten Formulare **signiert** per Post oder Fax an das Sekretariat des Ambulatoriums oder per E-Mail an gi.ambulatorium@redcross.ch senden (HIN-Secured). Adresse siehe unten.



Psychotherapeutische Praxis
 für Überlebende
 von Folter und Krieg AG

Werkstrasse 16
 CH-3084 Wabern

Telefon +41 58 400 47 77
 Telefax +41 58 400 47 88
gi.ambulatorium@redcross.ch