



## 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](mailto:gi.ambulatorium@redcross.ch) senden (HIN-Secured). Adresse siehe unten.

