Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e	
Nom*	
Prénom*	
Date de naissance	Sexe
Assurance*	
N° assurance*	
Rue*	
NPA/localité*	
Téléphone*	

Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom/institution	Enrico Faggiano / Studio di psicoterapia
RCC ou GLN	RCC: P662521 / GLN:7601003924633
Adresse	Al guast 41m 6528 Camorino
Motif du traitement*	☑ Maladie ☐ Accident ☐ AI/AM ☐ _____

Prescription*			
Prescription 1	☐ Psychothérapie (15 séances max.)	☐ Intervention de crise/ thérapie brève (10 séances max.)	*Prière de ne cocher qu'une seule case.*
Prescription 2	☐ Psychothérapie (15 séances max.)		
	☐ Traitement après 30 séances		

Traitement	
Remarques sur le traitement	

Médecin prescripteur	
Nom*	Dr. med.
Téléphone*	
E-mail	
RCC ou GLN*	
Adresse*	
Date*	
Signature*	