

Anordnung psychologische Psychotherapie

Personalien Klient/Klientin

Name _____ Vorname _____
Strasse Nr. _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Telefon _____ Versicherer _____ Vers.-Nr. _____

Behandlungsgrund

Krankheit Unfall IV/MV _____

Behandlungen*

Anordnung 1

Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)
Krisenintervention/Kurztherapie
(max. 10 Sitzungen)

Anordnung 2

Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)

* Es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden.

Für eine optimale Behandlung bitten wir um einen Kurzbericht (Symptomatik, Anamnese, Psychopharmaka, Arbeitsfähigkeit).

[PDF Vorlage zum Download](#)

Anordnende/r Ärztin/Arzt

Name _____
Vorname _____
E-Mail _____
ZSR oder GLN _____
Vers.-Nr. _____
Adresse _____

aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation
Campus Brugg-Windisch
Bahnhofstrasse 5a
5210 Windisch
T 056 463 88 00

Datum _____

Unterschrift Ärztin/Arzt