

Ordonnance de psychothérapie psychologique

Patient

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe _____
 Rue _____
 NPA / Lieu _____
 N° AVS _____
 Téléphone _____
 Mail _____

Destinataire:

Loi / N° assurance _____
 Motif du traitement _____

Assureur

Nom _____
 Rue _____
 NPA / Lieu _____
 GLN _____

Ordonnance

1ère ordonnance Psychothérapie (max. 15 séances) Intervention de crise/thérapie brève (max. 10 séances)
 2ème ordonnance Psychothérapie (max. 15 séances) Traitement après 30 séances

Motif du traitement Remarques sur le traitement

Psychologue

Mail _____
 Tél. _____ Fax _____
 GLN _____ RCC _____

Médecin

Mail _____
 Tél. _____ Fax _____
 GLN _____ RCC _____

Date _____

Signature _____

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique