

## Verordnung zur ambulanten psychologischen Therapie (KVG-Versicherte)

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus** Krankheit IV IV beantragt

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache des Patienten** englisch französisch italienisch  
andere \_\_\_\_\_

**Diagnose** Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt

Krankheitsbeginn \_\_\_\_\_

OP-Datum \_\_\_\_\_

mündliche Rücksprache vor Behandlungsbeginn erwünscht

### Bemerkungen

### Ziel der Behandlung

**Anzahl Behandlungen pro Woche** \_\_\_\_\_

### Gewünschte Massnahmen

Neuropsychologische Therapie/Hirnleistungstraining Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung  
Beratung der Angehörigen Anderes \_\_\_\_\_  
Begleitung berufliche Wiedereingliederung

Der Therapeut kann mit dem Einverständnis des Arztes die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Weitere geplante oder bereits in die Wege geleitete Therapien \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachment an die Diagnostik senden**