

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

| Patient/e | | Psychothérapeute/hôpital/organisations | |
|-------------------|-------|--|-----------------------------------|
| Nom* | _____ | Nom/institution | _____ |
| Prénom* | _____ | RCC ou GLN | _____ |
| Date de naissance | _____ | Adresse | _____ |
| Assurance* | _____ | | |
| N° assurance* | _____ | | |
| Rue* | _____ | Motif du traitement* | <input type="checkbox"/> Maladie |
| NPA/localité* | _____ | | <input type="checkbox"/> Accident |
| Téléphone* | _____ | | <input type="checkbox"/> AI/AM |
| | | | <input type="checkbox"/> _____ |

| Prescription* | | | |
|----------------|---|--|---|
| Prescription 1 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.) | <input type="checkbox"/> Intervention de crise/ thérapie brève (10 séances max.) | <i>Prière de ne cocher qu'une seule case.</i> |
| Prescription 2 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (15 séances max.) | | |
| | <input type="checkbox"/> Traitement après 30 séances | | |

| Traitement |
|-----------------------------|
| Remarques sur le traitement |
| _____ |

| Médecin prescripteur |
|----------------------|
| Nom* |
| Téléphone* |
| E-mail |
| RCC ou GLN* |
| Adresse* |
| _____ |
| _____ |
| Date* |
| Signature* |
| _____ |