

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*		Nom/institution	Valérie Quintana
Prénom*		RCC ou GLN	H549810
Date de naissance	Sexe	Adresse	Rue St-Denis 12 1630 Bulle cabinet@valeriequintana.ch
Assurance*			
N° assurance*			
Rue*		Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/>
NPA/localité*			
Téléphone*			

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