

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom/institution	_____
Prénom*	_____	RCC ou GLN	_____
Date de naissance	_____ Sexe _____	Adresse	_____
Assurance*	_____		
N° assurance*	_____		
Rue*	_____	Motif du traitement*	☐ Maladie
NPA/localité*	_____		☐ Accident
Téléphone*	_____		☐ AI/AM
			☐ _____

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

Traitement
Remarques sur le traitement

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