Prescription psychothérapie psychologique

\*Champs obligatoires

|  |  |
| --- | --- |
| Patient/e |  |
| Nom\* |  |
| Prénom\* |  |
| Date de naissance |  Sexe |
| Assurance\* |  |
| N° assurance\* |  |
| Rue\* |  |
| NPA/localité\* |  |
| Téléphone\* |  |

|  |
| --- |
| Psychothérapeute/hôpital/organisations |
| Nom/institution |  |
| RCC ou GLN |  |
| Adresse |  |
| Motif du traitement\* | ☐ Maladie☐ Accident☐ AI/AM☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Prescription\* |  |
| Prescription 1 | ☐ Psychothérapie (15 séances max.) | ☐ Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.) | *Prière de ne cocher qu’une seule case.* |
| 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\* |  |