

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	Cécile Schmid
RCC ou GLN	O994822
Adresse	Av. Alfred-Cortot 7E 1260 Nyon
Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <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* _____