

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 ☐ Accident ☐ AI/AM ☐ _____
NPA/localité*			
Téléphone*			

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* _____