

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom/institution	Thomas PERLINI
Prénom*	_____	RCC ou GLN	R737310
Date de naissance	_____	Adresse	Route de Riaz 3A 1630 Bulle
Assurance*	_____		
N° assurance*	_____		
Rue*	_____	Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie
NPA/localité*	_____		<input type="checkbox"/> Accident
Téléphone*	_____		<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* _____