

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 Marionne Faivre

RCC ou GLN Z 98 1022

Adresse Avenue de Céral 6
1007 Lausanne

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* _____