

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 JACQUES Sapho

RCC ou GLN B 9987 22

Adresse Plaine 38
1400 Yverdon

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* _____