

### 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\* \_\_\_\_\_