

Prescription psychothérapie psychologique (version 1.0)

*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*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____
NPA/localité*			
Téléphone*			

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*