

**Verordnung nicht-ärztlicher Psychotherapie (VVG)****Klient/in**

Name\*

Vorname\*

Geburtsdatum\*

Geschlecht

Strasse\*

PLZ/ Ort\*

Telefon

**Verordnende/r Arzt/Ärztin**

Name\*

Telefon\*

E-Mail

ZSR oder GLN\*

Adresse\*

**Kurze Anmerkung**

(max. 100 Zeichen)

 Verordnung für nicht-ärztliche Psychotherapie

(Info: Für nicht-ärztliche Psychotherapie gemäß VVG wird in Abhängigkeit des Versicherungsproduktes ein Krankheitswert vorausgesetzt und die Anzahl der Sitzungen wird durch einen jährlichen Maximalbetrag des Deckungsbeitrags der Versicherungen begrenzt.)

Datum:

Unterschrift: