

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: