

## Prescription psychothérapie psychologique

\*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*	_____	Nom/institution	Ansen Zeder Elisabeth Psychologue FSP Spécialiste en Psychothérapie ASP Elisabeth.Ansen-Zeder@psychologie.ch <a href="http://www.relationaide.ch">www.relationaide.ch</a> +41 77 407 09 57
Prénom*	_____	RCC ou GLN	RCC : B449810 GLN : 7601003965148
Date de naissance	_____ Sexe : _____	Adresse	<b>Lieu consultation :</b> Centre St Ursule Rue des Alpes 2 1700 Fribourg
Assurance*	_____	Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____
N° assurance*	_____		
Rue*	_____		
NPA/localité*	_____		
Téléphone*	_____		
Mail	_____		

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	Signature*
Nom*	_____
Téléphone*	_____
E-mail	_____
RCC ou GLN*	_____
Adresse*	_____

Date\* \_\_\_\_\_