

## Prescription psychothérapie psychologique

\*Champs obligatoires

Patient/e	
Nom*	_____
Prénom*	_____
Date de naissance	_____ Sexe : _____
Assurance*	_____
N° assurance*	_____
Rue*	_____
NPA/localité*	_____
Téléphone*	_____
Mail	_____

Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom/institution	Ansen Zeder Elisabeth Psychologue FSP Spéc. en Psychothérapie ASP Reconnue au niveau fédéral <u>Ma page à la FSP</u> +41 77 407 09 57 <u>Elisabeth.Ansen-Zeder@psychologie.ch</u>
RCC ou GLN	RCC : B449810 GLN : 7601003965148
Adresse Postale	<b>Lieu consultation :</b> Centre St Ursule Rue des Alpes 2 1700 Fribourg
Motif du traitement*	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____

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*
_____