

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

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

Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom/institution	_____ Francesca Dupraz-Brossard _____
RCC ou GLN	_____ Y5537.55 _____
Adresse	_____ Quai Gustave-Ador 62, Genève 1207 _____
Motif du traitement*	<input checked="" 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*	_____