

Prescription psychothérapie psychologique

*Champs obligatoires

Patient/e		Psychothérapeute/hôpital/organisations	
Nom*		Nom/institution	Mathieu Chatelain
Prénom*		RCC ou GLN	P742525
Date de naissance	Sexe	Adresse	91 rue de Carouge 1205 Genève
Assurance*			
N° assurance*			
Rue*		Motif du traitement*	<input checked="" type="checkbox"/> Maladie
NPA/localité*			<input type="checkbox"/> Accident
Téléphone*			<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*	