



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien KlientIn:

Name	_____
Vorname	_____
Strasse	_____
PLZ/Ort	_____
Tel. P	_____
Tel. G	_____
Geb.-Datum	_____
Versicherer	_____
Vers.-/Unfall-Nr.	_____

KunsttherapeutIn:

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Tel. Praxis
E-Mail

Fachrichtung	<input type="checkbox"/> Bewegungs- und Tanztherapie <input type="checkbox"/> Drama- und Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Gestaltungs- und Malttherapie <input type="checkbox"/> Intermediale Therapie <input type="checkbox"/> Musiktherapie
--------------	--

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

Ärztliche Diagnose:

- Krankheit Unfall Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen _____

Ärztin/Arzt (Stempel)
Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)
Datum / Unterschrift