



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien Klient_in:

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

Kunsttherapeut_in:

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

Fachrichtung	☐ Bewegungs- und Tanztherapie ☐ Drama- und Sprachtherapie ☐ Gestaltungs- und Maltherapie ☐ Intermediale Therapie ☐ Musiktherapie
--------------	---

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

Ärztliche Diagnose:

- ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen

Ärzt_in (Stempel)

Datum / Unterschrift

Kunsttherapeut_in (Stempel)

Datum / Unterschrift