



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien KlientIn:

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

KunsttherapeutIn:

Name	Büchler
Vorname	Brigitte
Strasse	Sälistrasse 14
PLZ/Ort	4658 Däniken
Tel. Praxis	078 907 68 55
E-Mail	info@praxis-maltherapie.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

ZSR-Nr. M539763

Ärztliche Diagnose:

- Krankheit Unfall Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen _____

Ärztin/Arzt (Stempel)
Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)
Datum / Unterschrift