

## Anordnung psychologische Psychotherapie

### für AMEOS Psychotherapie Zug

\*Pflichtfelder

#### Anordnende Ärztin/anordnender Arzt

Name*	.....	Telefon*	.....
Praxis/Klinik	.....	E-Mail (HIN-Mail)	.....
Strasse, Nr.*	.....	GLN-Nr. oder	.....
PLZ, Ort*	.....	ZSR-Nr.*	.....

#### Behandlungsgrund

Behandlungsfall\*  Krankheit  Unfall  IV/MV  .....

#### Patientin/Patient

(\*\* zivilrechtliche Wohnadresse)

Name*	.....	AHV-Nr.	.....
Vorname*	.....	Zivilstand	.....
Geburtsdatum*	.....	Nationalität	.....
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers	Beruf	.....
Strasse, Nr.**	.....	E-Mailadresse	.....
PLZ, Ort **	.....	Telefon*	.....

#### Versicherung

Grundversicher.\* Name: ..... Versicherten-Nr.\* .....

#### Anordnung\*

*es darf nur 1 Kästchen angekreuzt werden*

Anordnung 1	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen)
Anordnung 2	<input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen)	<input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen

#### Unterschrift anordnende Ärztin/anordnender Arzt

.....  
Ort, Datum\*

.....  
Unterschrift\*

---

**Zuweisungsgrund/Anmerkungen zur Behandlung**

---

---

**Aktuelle Medikation mit Dosierung**

---

---

**Beilagen**

---

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

keine Beilagen       Laborbefund       Berichte

---

**Datenschutz und Anmeldung**

---

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenanmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform HIN (Health Info Net) einzureichen an:

[zug@ameos-psychotherapien.ch](mailto:zug@ameos-psychotherapien.ch)