

Verordnung für Kunsttherapie

Personalien KlientIn:

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

KunsttherapeutIn:

Name	Kloter
Vorname	Christian
Strasse	Oberstadtstrasse 12
PLZ/Ort	5400 Baden
Tel. Praxis	+41 78 712 79 07
E-Mail	info@musiktherapie-kloter.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

V833461

Ärztliche Diagnose:

- Krankheit
 Unfall
 Mutterschaft

Ziel der Therapie:

Anzahl Therapiesitzungen: _____

Ärztin/Arzt (Stempel)

Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)

Datum / Unterschrift