

## 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 Maltherapie <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