



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien KlientIn:

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

KunsttherapeutIn:

Name	LOOP
Vorname	STEPHANIE
Strasse	WYDLERWEG 19
PLZ/Ort	8047 ZÜRICH
Tel. Praxis	+41 78 674 50 16
E-Mail	stephanie.loop@malthérapie-atelier.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

ZSR Nr.: P847460 / GLN-Nr.: 7601007244447

Ärztliche Diagnose:

- Krankheit Unfall Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen _____

Ärztin/Arzt (Stempel)
Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)
www.malthérapie-atelier.ch
Datum / Unterschrift 