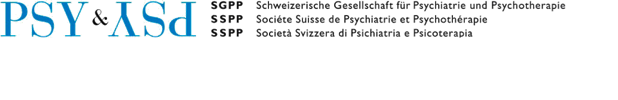
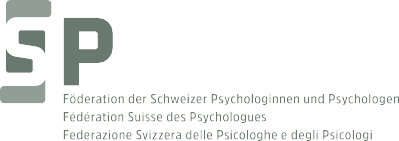


Prescription psychothérapie psychologique



\*Champs obligatoires

Francesca Dupraz-Brossard

**Patient/e**

**Psychothérapeute/hôpital/organisations**

Nom\*

Prénom\*

Sexe

Date de naissance

Assurance\* N° assurance\* Rue\* NPA/localité\* Téléphone\*

Nom/institution

RCC ou GLN

Adresse

Motif du traitement\*

RCC Y5537.55

GLN. 7601007709816

Quai Gustave-Ador 62,

Genève 1207

adie

* Maladie
* Accident



**Prescription\***

Prescription 1 ☐ Psychothérapie (15 séances

max.)

Prescription 2 ☐ Psychothérapie (15 séances

max.)

* + Traitement après 30 séances
* Intervention de crise/thérapie brève (10 séances max.)

*Prière de ne cocher qu’une seule case.*

**Traitement**

Remarques sur le traitement

**Médecin prescripteur**

Nom\* Téléphone\* E-mail

RCC ou GLN\* Adresse\*

Date\* Signature\*