

## Verordnung für Kunsttherapie

### Personalien KlientIn:

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

### KunsttherapeutIn:

Name	Zanetti
Vorname	Floriana
Strasse	Mellingerstrasse 26
PLZ/Ort	5400/Baden
Tel. Praxis	
E-Mail	fz@pppk.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

EMR 39020 / ZSR S745063

### Ärztliche Diagnose:

- Krankheit
  Unfall
  Mutterschaft

### Ziel der Therapie:

Anzahl Therapiesitzungen: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt (Stempel)
Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)
Datum / Unterschrift