



## Verordnung für Kunsttherapie

### Personalien Klient\_in:

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

### Kunsttherapeut\_in:

Name	BIGLER
Vorname	KATHRIN
Strasse	MARKSTEINSTRASSE 2
PLZ/Ort	8552 FELBEN
Tel. Praxis	079 289 7667
E-Mail	kathrin@kat-art.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.:

ZSR.NR. E881162

### Ärztliche Diagnose:

- Krankheit                       Unfall                       Mutterschaft

--

### Ziel der Therapie:

--

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

Ärzt_in (Stempel)
Datum / Unterschrift

Kunsttherapeut_in (Stempel)
Datum / Unterschrift