

Zuweisung Ambulatorium Psychosomatik

Personalien

Name _____	Arbeitgeber _____
Vorname _____	PLZ/Ort _____
Strasse _____	Telefon Geschäft _____
PLZ/Ort _____	Versicherer _____
Geburtsdatum _____	Vers.-/Unfall-Nr. _____
Telefon privat _____	
E-Mail-Adresse _____	Krankheit Unfall

Diagnose

Psychosomatik und Psychiatrie

Einzeltherapie

Psychotherapie

Gruppentherapien

Entspannungsgruppe PMR und Imagination
Behandlung chronischer Depressionen (CBASP)
Qi Gong und Bodyscan
Resilienz und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz
ACT Akzeptanz- und Commitment-Therapie bei chronischen
körperlichen Erkrankungen

ACT Akzeptanz- und Commitment-Therapie
für psychische Flexibilität
NADA-Ohrakupunktur
Yoga-Psychotherapie

Ziel der Behandlung

Bemerkungen/spezielle Fragestellungen

Arzt/Ärztin _____	Datum _____
KSK-Nr. _____	Unterschrift _____