

Verordnung für Kunsttherapie



Personalien Klient_in:

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

Kunsttherapeut_in:

Name	Stüdl
Vorname	Franziska
Strasse	Unterstrasse 16
PLZ/Ort	9000 St.Gallen
Tel. Praxis	079 381 56 05
E-Mail	f_stuedli@gmx.ch

Fachrichtung	☐ Bewegungs- und Tanztherapie ☐ Drama- und Sprachtherapie ☐ Gestaltungs- und Maltherapie ☒ Intermediale Therapie ☐ Musiktherapie
--------------	--

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

47093

Ärztliche Diagnose:

☐ Krankheit
 ☐ Unfall
 ☐ Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen

Ärzt_in (Stempel)

Datum / Unterschrift

Kunsttherapeut_in (Stempel)

Datum / Unterschrift
