



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien Klient_in:

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

Kunsttherapeut_in:

Name	Grossenbacher
Vorname	Sandrine
Strasse	Uetlibergstrasse 111
PLZ/Ort	8045 Zürich
Tel. Praxis	079 652 60 57
E-Mail	info@atelieryogart.com

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:
 EMR-Nr: 36482 / EGK-Nr: 37358 /
 ZSR-Nr: 1484663

Ärztliche Diagnose:

- ☐ Krankheit
 ☐ Unfall
 ☐ Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen

Ärzt_in (Stempel)

Datum / Unterschrift

Kunsttherapeut_in (Stempel)

Datum / Unterschrift