



## Verordnung für Kunsttherapie

### Personalien Klient\_in:

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

### Kunsttherapeut\_in:

Name	Musiktherapeutin SFMT
Vorname	Vögtli-Kleiner
Strasse	Wylgasse 10
PLZ/Ort	5600 Lenzburg
Tel. Praxis	062 543 26 06
E-Mail	voegtli@therapiehuesli.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.:

41615

### Ärztliche Diagnose:

- Krankheit                       Unfall                       Mutterschaft

--

### Ziel der Therapie:

--

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

<b>Ärzt_in (Stempel)</b>
<b>Datum / Unterschrift</b>

<b>Kunsttherapeut_in (Stempel)</b>
<b>Datum / Unterschrift</b>