



## Verordnung für Kunsttherapie

### Personalien Klient\_in:

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

### Kunsttherapeut\_in:

Name	Hasler Intermediale Kunsttherapie
Vorname	
Strasse	Ruhbergstrasse 61
PLZ/Ort	9000 St.Gallen
Tel. Praxis	076 422 65 57
E-Mail	info@haslerintermedial.ch

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

EMR / ASCA / EGK / Visana-Nr.: \_\_\_\_\_

### 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>