



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Demande concernant la poursuite de la psychothérapie psychologique après la 30e séance

Va au médecin-conseil de l'assurance

Médecin prescripteur*

Nom* / institution

Adresse*

Tél. / courriel*

RCC ou GLN*

Diplômes de formations *

Date*

Signature du médecin prescripteur
si pas déjà dans les prescriptions

Patient/e: nom*, prénom*

Date de naissance*

Sexe*

Adresse*

Téléphone*

Assurance*

N° d'assuré/e

Remarques, informations complémentaires



I) Rapport du/de la psychothérapeute psychologique

Va sur demande de la caisse maladie au médecin-conseil de l'assurance

Patient/e: nom*, prénom*

Nom Psychothérapeute psychologique*

Institution*

Adresse*

Tél. / courriel*

RCC ou GLN*

Anamnèse/symptômes au début de la thérapie (description détaillée pour le premier rapport avant la 30e séance, bref résumé pour les rapports ultérieurs) *

Evaluation diagnostique (y c. code CIM)*

A-t-on connaissance de thérapies antérieures? *

Si oui, lesquelles

Type et cadre de la thérapie actuelle *

Déroulement de la thérapie jusqu'à ce jour, indication de poursuite de la thérapie et objectif *

Proposition pour la suite de la procédure : fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic*



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Remarques, informations complémentaires

Date*

Signature du/de la psychothérapeute
psychologique *



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

II) évaluation du cas par un médecin spécialiste

Médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence

Va au médecin-conseil de l'assurance

Nom* / Institution

RCC ou GLN*

Adresse*

Tél. / courriel*

Consultation et évaluation par le médecin spécialiste sur la base de l'examen du patient/
de la patiente *

Oui / date

Non / motif

Diagnostic (y c. code CIM)*

Indication de la thérapie* oui/non

Évaluation du déroulement/objectifs atteints à ce jour/cadre/médication*

Évaluation de la proposition concernant la suite de la procédure (fréquence des séances, durée probable, évaluation du pronostic) *

Autres remarques concernant la thérapie

Date*

Signature du médecin spécialiste*