

Prescription de psychothérapie pratiquée par un-e psychologue

*champs obligatoires

| Patient-e | | Psychologue-psychothérapeute/hôpital/organisations | |
|--------------------|------------------|--|---|
| Nom* | _____ | Nom de l'institution | Koller Géraldine |
| Prénom* | _____ | RCC ou GLN | L106032 |
| Date de naissance* | _____ Sexe _____ | Adresse | Rue des Oeuches 10 2740 Moutier |
| Assurance* | _____ | Motif du traitement* | <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> AI/AM <input type="checkbox"/> _____ |
| N° d'assurance* | _____ | | |
| Rue* | _____ | | |
| NPA/lieu* | _____ | | |
| Téléphone* | _____ | | |

| Prescription* ¹ | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| Prescription 1 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (max. 15 séances) | <input type="checkbox"/> Intervention de crise/ thérapie de courte durée (max. 10 séances) ² | <i>Une seule caisse appartient à la co- chée.</i> |
| Prescription 2 | <input type="checkbox"/> Psychothérapie (max. 15 séances) | <input type="checkbox"/> Traitement au-delà de 30 séances | |

| Traitement |
|-----------------------------|
| Remarques sur le traitement |
| _____ |

| Médecin prescripteur |
|----------------------|
| Nom* |
| Adresse* |
| Téléphone* |
| E-mail |
| RCC ou GLN* |
| Date* |
| Signature* |

1: Une prescription ne peut être délivrée que par un médecin titulaire d'un titre postgrade fédéral reconnu en

- médecine interne générale (ou d'un titre postgrade étranger reconnu en médecine interne générale);
- psychiatrie ou psychothérapie;
- psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents;
- pédiatrie;
- ou encore titulaire d'un titre de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psy-chosociale ASMPP).

2: Une intervention de crise/thérapie de courte durée peut être prescrite par des médecins possédant d'autres titres postgrades ou par des médecins praticiens (conformément à l'art 11b al. 1 let. B OPAS).