



Verordnung für Kunsttherapie

Personalien KlientIn:

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

KunsttherapeutIn:

Name	Nuzzo
Vorname	Mariella
Strasse	Vogesenstrasse 53A
PLZ/Ort	4056 Basel
Tel. Praxis	076 435 03 52
E-Mail	mariella.nuzzo@all-eins.net

Branchenzertifikat OdA, Artecurea Fachrichtung Gestaltungs- und Maltherapie. EMR-Methoden-Nr.: 2341 EMR-Nr.: 36492 ZSR-Nr.: E400663 EGK-Nr.: 36954

Ärztliche Diagnose:

- Krankheit Unfall Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Anzahl Therapiesitzungen _____

Ärztin/Arzt (Stempel)
Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)
Datum / Unterschrift