

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@hin.ch

Fachrichtung	☐ Bewegungs- und Tanztherapie ☐ Drama- und Sprachtherapie ☒ Gestaltungs- und Maltherapie ☐ Intermediale Therapie ☐ Musiktherapie
--------------	--

EMR-Nr.: 36492 / EGK-Nr.: 36954

Ärztliche Diagnose:

- ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft

--

Ziel der Therapie:

--

Ärztin/Arzt (Stempel)

Datum / Unterschrift

Therapeutin/Therapeut (Stempel)

Datum / Unterschrift