

Absenderstempel

Herr
Dipl.-Psych. Piero Rossi
Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Ausserdorfstrasse 36
5603 Staufen

Fax 062 891 77 91 piero.rossi@hin.ch

Betrifft

Sehr geehrter Herr Rossi

Oben genannter Patient benötigt zwecks Behandlung einer psychischen Erkrankung einer Psychotherapie.

Beschwerden / Fragestellung / Diagnose

Anamnese/andere relevante Erkrankungen oder psychosozialen Faktoren

Aktuelle Therapie

Absenderstempel/Datum/Unterschrift

Kopie: Vertrauensarzt