

Rekvisisjon

KVALITETSLABORATORIUM FOR PSYKOTERAPI

Fra institusjon Enhet

Postadresse

Navn på terapeut Telefon

E-post

Opptaket er fra time nummer Dato

Er terapien med denne pasienten vurdert tidligere av Kvalitetslaboratoriet? Ja nei
Dersom ja, angi dato

Spesielle bestillinger? (eks. sammenligne med tidligere timer?)

Jeg bekrefter at pasienten i det vedlagte videoopptaket har lest og signert
samtykkeskjemaet. (Kryss av)

Sign. terapeut:

Dato:

Legges ved videoopptak og postlegges