



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 avlaboratoriet? ☐ 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