

## Rekvisisjon

### KVALITETSLABORATORIUM FOR PSYKOTERAPI

Fra institusjon  Enhet

Postadresse

Navn på terapeut  Telefon

E-post

Opptaket er fra time nummer

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

**Sign. terapeut:**

---

**Dato:**

*Legges ved kryptert videoopptak og postlegges*