

Opferhilfe Therapiebericht für eine Verlängerung der Behandlung

I. Personalien

Patient/in

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Adresse (Strasse, PLZ, Ort):

Name Krankenkasse:

Grundversicherung und Zusatzversicherung, falls vorhanden

Franchise (Betrag):

Therapeut/in

Vorname, Name:

Berufliche Bezeichnung:

Adresse (Strasse, PLZ, Ort):

Telefon:

E-Mail-Adresse:

II. Therapiebericht

Ärztliche Anordnung (Name Arzt/Ärztin, Anzahl Sitzungen):

Die ärztliche Anordnung ist beizulegen.

Kostengutsprache der Krankenversicherung (Name Krankenversicherung, Anzahl Sitzungen):

Die Kostengutsprache der Krankenversicherung ist beizulegen.

Aktuelle Situation, aktuelle Symptome und Diagnose:

Behandlungsverlauf:

Beurteilung des Zusammenhangs zwischen den aktuellen Symptomen und der weitergehenden Therapie mit der Straftat (Kausalität):

Therapiekonzept, Therapieziele und allenfalls eine erste Prognose:

III. Anträge

Beantragte Sitzungen (gemäss Kostengutsprache der Krankenversicherung):

Bemerkungen (optional):

IV. Unterschrift Therapeut/in

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an:

Amt für Gesundheit und Soziales

Kantonale Opferhilfe

Kollegiumstrasse 28

Postfach 2161

6431 Schwyz

Stand: August 2023