

## 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