|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Volkswirtschaft und Inneres Opferberatungsstelle**  Bahnhofstrasse 13 8762 Schwanden |  |  |

**Therapiebericht**

Betreffend die Kostenübernahme von Therapiestunden beachten Sie bitte die Richtlinien

zur Übernahme von Therapiekosten durch die Opferhilfe: <https://www.gl.ch/public/upload/assets/20005/Richtlinien%20zur%20%C3%9Cbernahme%20der%20Therapiekosten.pdf>

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Behandelnde(r) Psychotherapeut(in)** | | | | |
| **Name:** |  |  | **Vorname:** |  |
| **Strasse:** |  |  | **PLZ/Ort:** |  |
| **Tel:** |  |  | **E-Mail:** |  |
| **Fax:** |  |  |  |  |
| **Anerkennung Krankenkasse** | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien Patient(in)** | | | | |
| **Name:** |  |  | **Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:** | |  |  |  |
| **Strasse:** |  |  | **PLZ/Ort:** |  |
| **Tel:** |  |  | **E-Mail:** |  |

1. **Anmeldungskontext / Beginn der Therapie**

1. **Vorgeschichte**

1. **Aktuelle psychosoziale Lebenssituation**

1. **Beschreibung der Straftat**

1. **Symptomatologie / Auswirkung der Straftat im Alltag / Diagnose / Komorbiditäten**

1. **Kausalität/Anteil der Straftatfolgen am aktuellen Krankheitsbild**

1. **Therapiekonzept / Behandlungsziele**

1. **Antrag**

1. **Weitere Bemerkungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort: | Datum: | Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |