|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Volkswirtschaft und InneresOpferberatungsstelle** Bahnhofstrasse 138762 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |