|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| Thema | **PSYCHOTHERAPEUTISCHER BERICHT** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Personalien | | | | | | | | |
| **Patient\*in** | **Name** |  | | | | **Vorname** | |  | |
|  | Strasse |  | | | | PLZ/Ort | |  | |
|  | geb. |  | | | | Tel. | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **Therapeut\*in** | **Name** |  | | | | **Vorname** | |  | |
|  | Fachtitel |  | | | | Email | |  | |
|  | Strasse |  | | | | PLZ/Ort | |  | |
|  | Tel. |  | | | | Fax | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Behandlung | | | | | | | | |
| **Infos** | Behandlungsbeginn | | |  | | Sitzungsfrequenz | | |  |
|  | Behandlungen bisher | | |  | | Zuweisung durch | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| **Bericht** | **Beginn der Therapie:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Psychische Situation und Lebensumstände des Opfers vor der Straftat:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Was ist über die Straftat bekannt:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Aktuelle Lebenssituation und Symptome und deren Auswirkungen im Alltag:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Diagnose(n):** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **In welchem Ausmass besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen den aktuellen Symptomen und der Straftat:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Behandlungsverlauf, Schwerpunkte und Methode der Therapie:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Setting und Ziele:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | **Prognose und voraussichtliche Dauer:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Antrag** | Anzahl Sitzungen | | | |  | | | | |
|  | Falls keine ärztliche Anordnung:  Sitzungsansatz | | | | (KVG-Tarif) | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Bemerkungen | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Unterzeichnung | | | | | | | | |
| **Therapeut\*in** | Ort, Datum | |  | | Unterschrift | |  | | |