|  |  |
| --- | --- |
| 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 |       |