

Vertraulich

Assura
Vertrauenstherapeut
Case postale 7
1052 Le Mont-sur-Lausanne

ASSURA

Vertrauenstherapeut

«Übersteigt eine Therapiebehandlung 12 Sitzungen, muss der Leistungserbringer dem Vertrauens-therapeuten von Assura unaufgefordert und kostenlos einen Bericht (siehe Fragebogen auf der Rückseite) einreichen, welcher über die Art der vorliegenden Beschwerden, den Verbesserungs-verlauf nach 12 Behandlungen sowie über die geschätzte Anzahl der noch benötigten Sitzungen Auskunft gibt.»

Komplementärmedizinische Behandlung

Fragebogen

Kontaktdaten des Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung Nr.: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Kontaktdaten des Therapeuten:

Name und Adresse: _____

Beschwerden / Diagnosen

1. Mit welchen Beschwerden ist der Patient zu Ihnen gekommen?

2. Was ist die Ursache / sind die Ursachen der Beschwerden?

3. Wann sind die ersten Symptome dieser Beschwerden aufgetreten?

4. War der Patient mit den gleichen Beschwerden in früheren Behandlungen?

Nein Wenn ja - wo und wie lange? _____

5. Bestehen schulmedizinische Diagnosen, welche diese Beschwerden bestätigen?

6. Welche diagnostische Verfahren und / oder Hilfsmittel haben Sie angewendet um den Befund zu bestätigen oder zu widerlegen?

Anwendungen / Therapie

7. Welche Anwendungen / Therapieformen haben Sie bisher angewendet um die Beschwerden zu lindern?

8. Wie oft haben Sie die unter Frage Nr. 7 Anwendungen / Therapieformen bisher angewendet (Datum und Anzahl der Sitzungen)?

9. Welche Veränderungen haben Sie mit diesen Anwendungen / Therapieformen beobachtet?

10. Welche Veränderungen hat der Patient bei diesen Anwendungen / Therapieformen beobachtet?

11. Trägt der Patient selber zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bei?

Nein Wenn ja - welche und wie oft? _____

12. Wurden im Rahmen der Behandlungen Medikamente (auch komplementäre) oder Nahrungsergänzungen empfohlen?

Weitere Massnahmen, Vorgehen, Ausblick

13. Wie schätzen Sie den *möglichen* weiteren Heilungsverlauf / Entwicklung ein? _____

1. Beheben der Beschwerden mit den unter Anwendung / Therapieform bezeichneten Anwendungen wahrscheinlich? _____

2. Voraussichtliche Dauer und Frequenz der geplanten Sitzungen? _____

3. Anderweitige Behandlungsformen resp. Überweisung sinnvoll und nötig? _____

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____