|  |
| --- |
|  |

**Rapporto di terapia**

**per il prolungamento della garanzia di assunzione delle spese da parte dell'Aiuto alle vittime dei Grigioni**

Nome terapista

Nome del/della Sua paziente

1. Quante ore di terapia richiede?

1. Quali disturbi o sintomi si troverà a curare? Può indicare una diagnosi *in via aggiuntiva*.

1. In che modo i disturbi o i sintomi descritti (domanda 2) arrecano pregiudizio alla vita del/della Suo/a paziente?

1. Il trattamento terapeutico seguito finora è stato finanziato dall'Aiuto alle vittime dei Grigioni perché il/la Suo/a paziente è stato/a vittima di un reato.

Come si delinea la Sua valutazione specialistica in merito alla correlazione tra questa esperienza di violenza e i disturbi o i sintomi descritti (domanda 2)?

1. Disturbi psichici (predisposizioni) sussistevano già prima del reato?

[ ]  no [ ]  sì

Se sì, in quale misura questi sono rilevanti in riferimento ai sintomi da Lei attualmente trattati?

1. Quali obiettivi terapeutici e miglioramenti sono stati raggiunti finora nel corso della terapia?

1. Quali sono gli obiettivi terapeutici attuali? Quali miglioramenti è lecito attendersi nel quadro delle ore di terapia richieste?

1. Partiamo dal presupposto che le sedute di terapia con il/la Suo/a paziente si tengano all'incirca una volta alla settimana. Se la nostra supposizione non è corretta, La preghiamo di indicare la frequenza delle sedute da Lei scelta e di spiegare brevemente i motivi alla base di questa decisione.

1. Desidera aggiungere ancora qualcosa?

Con la Sua firma conferma la correttezza e la completezza delle indicazioni da Lei fornite. Partiamo dal presupposto che abbia discusso il contenuto del presente rapporto con il/la Suo/a paziente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo / data |  | Firma del/della terapista |

La preghiamo di inviare il rapporto firmato al seguente indirizzo oppure di farci pervenire una versione scansionata via e-mail (opferhilfe@soa.gr.ch).

Aiuto alle vittime dei Grigioni

Ufficio di consulenza

Klostergasse 5

7000 Coira

Per la redazione del presente rapporto Le viene versato un indennizzo forfetario pari a 80 franchi. Può inviarci una fattura corrispondente. La preghiamo di indicare sulla fattura solo le iniziali del/della paziente.

Sul sito web (www.soa.gr.ch) oppure seguendo questo [link](https://www.gr.ch/IT/istituzioni/amministrazione/dvs/soa/aiuto/Documents/FachTechEmpf_Therapiekosten_farbig_f.pdf) trova ulteriori informazioni. In caso di domande può contattarci al numero 081 257 31 50.