|  |
| --- |
|  |

**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](mailto: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.