|  |
| --- |
|  |

**Therapiebericht**

**für die Verlängerung der Kostengutsprache durch die Opferhilfe Graubünden**

Name Therapeut/-in

Name Ihrer Patientin/Ihres Patienten

1. Wie viele Therapiestunden beantragen Sie?

1. Welche Beschwerden bzw. Symptome werden Sie behandeln? Sie können *zusätzlich* eine Diagnose nennen.

1. Wie beeinträchtigen die beschriebenen (Frage 2) Beschwerden bzw. Symptome die Lebensführung Ihrer Patientin / Ihres Patienten?

1. Die bisherige therapeutische Behandlung wurde durch die Opferhilfe Graubünden finanziert, weil Ihre Patientin / Ihr Patient Opfer einer Straftat wurde.

Wie ist Ihre fachliche Einschätzung des Zusammenhangs zwischen dieser Gewalterfahrung und den beschriebenen (Frage 2) Beschwerden bzw. Symptomen?

1. Bestanden vor der Straftat bereits psychische Beschwerden (Prädispositionen)?

[ ]  nein [ ]  ja

Falls ja, inwiefern sind diese in Bezug auf die von Ihnen aktuell behandelten Symptome relevant?

1. Welche therapeutischen Ziele und Verbesserungen konnten im bisherigen Therapieverlauf erreicht werden?

1. Welches sind die aktuellen Therapieziele? Mit welchen Verbesserungen kann im Rahmen der beantragten Therapiestunden gerechnet werden?

1. Wir gehen davon aus, dass die Therapiesitzungen mit Ihrer Patientin / Ihrem Patienten etwa einmal wöchentlich stattfinden. Wenn unsere Annahme nicht zutreffend ist, so benennen Sie bitte die von Ihnen gewählte Sitzungsfrequenz und erläutern Sie kurz, warum Sie sich für diese entschieden haben.

1. Möchten Sie noch etwas anfügen?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigten Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben. Wir gehen davon aus, dass Sie den Inhalt dieses Berichtes mit Ihrer Patientin / Ihrem Patienten besprochen haben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort / Datum |  | Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten |

Bitte senden Sie den unterzeichneten Bericht an die nachfolgende Adresse oder lassen Sie uns eine eingescannte Version via Mail (opferhilfe@soa.gr.ch) zukommen.

Opferhilfe Graubünden

Beratungsstelle

Klostergasse 5

7000 Chur

Die Erstellung dieses Berichts wird Ihnen pauschal mit Fr. 80.– vergütet. Sie können uns eine entsprechende Rechnung zustellen. Bitte führen Sie auf der Rechnung nur die Initialen der Patientin / des Patienten auf.

Auf unserer Website (www.soa.gr.ch) oder unter diesem [Link](https://www.gr.ch/RM/instituziuns/administraziun/dvs/soa/agid/Documents/FachTechEmpf_Therapiekosten_farbig_d.pdf) finden Sie weitere Informationen. Bei Fragen erreichen Sie uns unter 081 257 31 50.