**Therapiebericht für eine Verlängerung der therapeutischen Behandlung**

Weitere Ausführungen und Erklärungen zu den einzelnen Abschnitten sowie Informationen betreffend Kostenübernahme von Therapiestunden finden Sie in den folgenden Merkblättern der Opferhilfestelle des Kantons Zug:

[Merkblatt betreffend Berichte von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten](http://www.zug.ch/behoerden/sicherheitsdirektion/direktionssekretariat/opferhilfe)

[Merkblatt betreffend Übernahme von Therapiekosten durch die Opferhilfe](http://www.zug.ch/behoerden/sicherheitsdirektion/direktionssekretariat/opferhilfe)

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandelnde(r) Psychotherapeut(in)** | |
| Name:  Strasse, Nr.:  Tel.: | Vorname:  PLZ/Ort:  E-Mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien Patient(in)** | |
| Name:  Geburtsdatum: | Vorname:  Wohnort: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztliche Anordnung (wird durch eff-zett dem Gesuch um längerfristige Hilfe beigelegt)** | |
| Ärztin/Arzt:  Anzahl Sitzungen**:** | Datum: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kostengutsprache des Krankenversicherers (wird durch eff-zett dem Gesuch um längerfristige Hilfe beigelegt)** | |
| Krankenversicherer:  Anzahl Sitzungen**:** | Datum: |

|  |
| --- |
| **Therapiebericht** |

|  |
| --- |
| **1. Aktuelle Situation, aktuelle Symptomatologie und Diagnose** |

|  |
| --- |
| **2. Behandlungsverlauf** |

|  |
| --- |
| **3. Kausalität zwischen den aktuellen Symptomen und der weitergehenden Therapie mit der Straftat** |

|  |
| --- |
| **4. Therapiekonzept / Behandlungsziele (Änderung seit dem letzten Bericht)** |

|  |
| --- |
| **5. Antrag** |

|  |
| --- |
| **6. Weitere Bemerkungen** |

Ort:      Datum:

Unterschrift:

Therapiebericht für eine Verlängerung der therapeutischen Behandlung, Stand 26. Januar 2023