

**Vertraulich**

Assura

Vertrauenstherapeut

Case postale 7

1052 Le Mont-sur-Lausanne

## Vertrauenstherapeut

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

# Komplementärmedizinische Behandlung

---

## Kontaktdaten des Versicherten

Name	Vorname
Versicherung Nr.	Geburtsdatum
Adresse	PLZ, Ort

---

## Kontaktdaten des Therapeuten

Name und Adresse

.....

---

## Fragebogen

**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?**  Ja  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?**

.....

**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?**  Ja  Nein

Wenn ja - welche und wie oft?

.....

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

.....

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

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

Voraussichtliche Dauer und Frequenz der geplanten Sitzungen?

.....

Anderweitige Behandlungsformen resp. überweisung sinnvoll und nötig?

.....

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift
---------------	--------------------------