|  |  |
| --- | --- |
| Amt für Gesellschaft und Soziales  Soziale Einrichtungen und Opferhilfe  Ambassadorenhof / Riedholzplatz 3  4509 Solothurn  Telefon 032 627 23 11  ags@ddi.so.ch  *ags.so.ch*  Gesuchformular elektronisch:  [so.ch/opferhilfe](https://so.ch/verwaltung/departement-des-innern/amt-fuer-soziale-sicherheit/opferhilfe/formulare-merkblaetter/) |  |

**Therapiebericht zum Gesuch für längerfristige Hilfe Dritter (gem. Art. 13 Abs. 2 OHG)**

Der Therapiebericht ist ab der 31. Sitzung Teil der notwendigen Beilagen, damit die kantonale Opferhilfebehörde ein Gesuch um Kostenbeiträge für Psychotherapie beurteilen kann.

Der Therapiebericht muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben, **mit dem Gesuchformular und den weiteren Unterlagen**, bei uns eingereicht werden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Einreichen des Gesuchs inkl. Unterlagen an**: | **Für Fragen und Unterstützung:** |
| Amt für Gesellschaft und Soziales  Fachbereich Opferhilfe  Ambassadorenhof / Riedholzplatz 3  4509 Solothurn | Beratungsstelle Opferhilfe Solothurn  Tel 062 311 86 66  [opferberatung@ddi.so.ch](mailto:Opferberatung@ddi.so.ch)  [opferhilfe.so.ch](https://opferhilfe.so.ch/) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALIEN GESUCHSTELLER\*IN** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse Nr. |  | | |
| PLZ / Ort |  | Telefon |  |
| Geschlecht |  | Geburtsdatum |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALIEN PSCHOTHERAPEUT\*IN** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse Nr. |  | | |
| PLZ / Ort |  | Telefon |  |
| arbeitet | nicht delegiert  ärztlich delegiert | Ärztin / Arzt |  |

|  |
| --- |
| **BERICHT** |
| *Sollte der für die einzelnen Fragen vorgesehen Platz nicht ausreichen, benützen Sie bitte ein separates Blatt. Bei* ***Folgegesuchen*** *beantworten Sie die Fragen Nr. 6.-8.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erstbehandlung | Datum: | Anz. Std. / Frequenz |  |

|  |
| --- |
| SACHVERHALT: AUSLÖSER DER BEHANDLUNG |

*Präzise Umschreibung des traumatischen Ereignisses; Vermeiden Sie vage Bezeichnungen wie   
"Übergriffe", "Grenzüberschreitungen" oder Brutalisierungen.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| SYMPTOME |

*Beschreibung der Symptome und deren Auswirkungen im Alltag.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| BEFUND |

*Beschreibung des Befundes.*

|  |
| --- |
|  |

-> falls vorhanden: ärztliche Zeugnisse beilegen.

|  |
| --- |
| DIAGNOSE |

*Nennen der Hauptdiagnose (codiert nach ICD-10, DMS-IV), Nebendiagnosen und Komorbiditäten.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| KAUSALITÄT |

*Beschreiben des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem traumatischen Ereignis und den   
Beschwerden; Anteil am aktuellen Beschwerdebild; Allfällige Prädispositionen.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| THERAPIE |

1. *Bisheriger Behandlungsverlauf; Heilungsverlauf; Noch vorhandene Beschwerden; Therapieziele; Methode.*
2. *Notwendigkeit der (Fortführung) der Behandlung.*
3. *Voraussichtliche (weitere) Anzahl benötigte Sitzungen und / oder Dauer der Therapie.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| PROGNOSE |

*Angaben über die Prognose.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| BEMERKUNGEN |

*Bei Bedarf weitere Bemerkungen.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| BESTÄTIGUNG DER THERAPEUTIN / DES THERAPEUTEN |
| Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Patientin / der Patient seine Einwilligung für diesen Bericht gegeben hat und alle Angaben richtig und vollständig sind. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten |
| , | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |