

Amt für Gesellschaft und Soziales
Soziale Einrichtungen und Opferhilfe

Ambassadorshof / Riedholzplatz 3
4509 Solothurn
Telefon 032 627 23 11
ags@ddi.so.ch
ags.so.ch

Gesuchformular elektronisch:
so.ch/opferhilfe

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:

Amt für Gesellschaft und Soziales
Fachbereich Opferhilfe
Ambassadorshof / Riedholzplatz 3
4509 Solothurn

Für Fragen und Unterstützung:

Beratungsstelle Opferhilfe Solothurn
Tel 062 311 86 66
opferberatung@ddi.so.ch
opferhilfe.so.ch

PERSONALIEN GESUCHSTELLER*IN

| | |
|-------------|--------------|
| Name | Vorname |
| Strasse Nr. | |
| PLZ / Ort | Telefon |
| Geschlecht | Geburtsdatum |

PERSONALIEN PSYCHOTHERAPEUT*IN

| | |
|-------------|---|
| Name | Vorname |
| Strasse Nr. | |
| PLZ / Ort | Telefon |
| arbeitet | <input type="checkbox"/> nicht delegiert <input type="checkbox"/> 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

1. SACHVERHALT: AUSLÖSER DER BEHANDLUNG

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

2. SYMPTOME

Beschreibung der Symptome und deren Auswirkungen im Alltag.

3. BEFUND

Beschreibung des Befundes.

-> falls vorhanden: ärztliche Zeugnisse beilegen.

4. DIAGNOSE

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

5. KAUSALITÄT

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

6. THERAPIE

- a) *Bisheriger Behandlungsverlauf; Heilungsverlauf; Noch vorhandene Beschwerden; Therapieziele; Methode.*
- b) *Notwendigkeit der (Fortführung) der Behandlung.*
- c) *Voraussichtliche (weitere) Anzahl benötigte Sitzungen und / oder Dauer der Therapie.*

7. PROGNOSE

Angaben über die Prognose.

8. 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
