

Vertrauensärzte

Für eine Therapiebehandlung, die 12 Sitzungen übersteigt, muss der / die PraktikerIn unaufgefordert und kostenlos einen Bericht (gemäss Modell im Anhang) beim Vertrauensarzt der Versicherung (siehe untenstehende Adressen) einreichen, welcher über die Art der vorliegenden Störung, den Verbesserungsverlauf nach 12 Behandlungen, sowie über die geschätzte Anzahl der noch benötigten Sitzungen Auskunft gibt.

Adressen der Vertrauensärzte, die für den Bericht zu verwenden sind:

Vertraulich
An den Vertrauensarzt
Groupe Mutuel
Postfach 956
1951 **Sion**

Vertraulich
Rhenusana Krankenkasse
Herr Dr. med. Remi Meier
Vertrauensarzt
Auerstrasse 31
9435 Heerbrugg

**Für die liechtensteinische
Gesundheitskasse FKB:**
Vertraulich
RVK
Herr Dr. med. Rudolf Häuptle
Vertrauensarzt
Haldenstrasse 25
6006 Luzern

Wenn die Behandlung nach 12 Sitzungen fortgeführt werden muss, bitte den Fragebogen senden an:

Vertraulich
An den Vertrauensarzt der Krankenkasse :

Sektion :

Fragebogen

zur komplementärmedizinischen Behandlung

Personalien des Kunden/der Kundin

Vorname, Name: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Strasse: _____

PLZ Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

1. Wer hat die Behandlung empfohlen oder verordnet?

Die Behandlung erfolgte auf Wunsch des Versicherten/der Versicherten

Die Behandlung wurde vom Arzt verordnet

Name des Arztes: _____

(Im Falle einer ärztlichen Verordnung, bitte das Schreiben dem Dossier beilegen)

2. Welche Probleme/Beschwerden wurden als Behandlungsgrund angegeben?

3. Wann wurde die Behandlung für diese Probleme/Beschwerden begonnen?

Beginn der Behandlung: _____

4. Wie viele Sitzungen haben insgesamt bereits stattgefunden?

Anzahl der Sitzungen: _____

5. Welche Verbesserungen haben Sie nach Ihren Sitzungen bis heute festgestellt?

6. Trägt der/die Versicherte selber zur Verbesserung seines/ihrer Gesundheitszustandes bei?

Nein

Ja (Wenn ja, inwiefern und mit welchem Erfolg?)

7. Ist in Anbetracht seines/ihrer Gesundheitszustandes eine Folgebehandlung noch notwendig?

Nein

Ja (Wenn ja, wie viele Sitzungen und in welchem Zeitraum?)

8. Bei Antwort „Ja“ auf die Frage 7: was ist das Ziel der vorgesehenen Behandlung?

Es handelt sich um eine vorbeugende bzw. gesundheitsfördernde Massnahme

Es handelt sich um eine therapeutische Behandlung

Es handelt sich um eine Pflegebehandlung

Es handelt sich um eine Behandlung für die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
