

Vertraulich

Assura
Herr Dr. med. Eric Rochat
Vertrauensarzt
Case postale 7
1052 Le Mont-sur-Lausanne

ASSURA

Vertrauensarzt

«Übersteigt eine Therapiebehandlung 12 Sitzungen, muss der Leistungserbringer dem Vertrauensarzt der 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

Fragebogen

Kontaktdaten des Versicherten:

Name: _____ Vorname: _____
Versicherung Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

1. Wer hat die Behandlung empfohlen?

- Die Behandlung erfolgte auf Wunsch der versicherten Person
 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. Wann sind die ersten Symptome aufgetreten?

Beginn der ersten Symptome: _____

5. Wie viele Sitzungen haben insgesamt bereits stattgefunden?

Datum und Anzahl der Sitzungen: _____

6. Inwiefern hat sich der Gesundheitszustand des Patienten nach Ihrer Behandlung bis heute verbessert? In körperlicher, emotionaler, ernährungsbezogener oder anderer Hinsicht?

7. Trägt die versicherte Person selber zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bei?

- Nein Wenn ja, inwiefern (in körperlicher, emotionaler, ernährungsbezogener oder anderer Hinsicht)? Mit welchem Erfolg? _____

8. Wurden im Rahmen der Behandlung Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel verschrieben?

- Nein Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

9. Ist in Anbetracht des Gesundheitszustandes des Patienten eine Folgebehandlung notwendig?

- Nein Wenn ja, wie viele Sitzungen und mit welchem Schwerpunkt (körperlich, emotional, ernährungsbezogen, anderes)? Haben Sie Ihre(n) Patienten(in) an einen anderen Arzt / Therapeuten verwiesen? _____

10. Bei Antwort «Ja» auf die Frage 9, welches 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 Erhaltungstherapie
 Es handelt sich um eine Behandlung zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift: _____

Versandadresse siehe Rückseite