KANTON AARGAU

DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES
Kantonaler Sozialdienst

Fachbereich Opferhilfe
Telefon 062 835 29 87
www.ag.ch/dgs

Kantonaler Sozialdienst
Fachbereich Opferhilfe
Obere Vorstadt 3
Postfach
5001 Aarau

THERAPIEBERICHT ZUM GESUCH UM LÄNGERFRISTIGE HILFE (Folgegesuch)

Personalien

○ **Patientin** ○ **Patient**

Name | Vorname

Strasse | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum | Telefon (häufigste Erreichbarkeit)

Therapieperson

○ **Therapeutin** ○ **Therapeut**

Name | Vorname

Strasse | Hausnummer

Postleitzahl | Ort | Telefon

arbeitet ○ **psychologisch** ○ **ärztlich psychiatrisch**

Bericht

Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein separates Blatt.

Datum der Erstbehandlung | Anzahl Stunden / Frequenz

Therapie

Bisheriger Behandlungsverlauf (Heilungsverlauf, noch vorhandene Beschwerden, Therapieziele, Methode)

Notwendigkeit der fortführenden Behandlung

Voraussichtliche weitere Anzahl Sitzungen und / oder Dauer Therapie

Bemerkungen

Weitere Bemerkungen nach Bedarf

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die Therapeutin oder der Therapeut die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben und die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten für diesen Bericht. Ihre Eingabe wird elektronisch verarbeitet und die Papierform innert 90 Tagen ab Eingang vernichtet.

Ort

Datum

Unterschrift der Therapieperson