



## FRAGEBOGEN FÜR KOMPLEMENTÄRTHERAPEUTEN

<b>Therapierende Person:</b>	
Name: .....	Vorname: .....
ZSR-Nr. (falls vorhanden): .....	
<b>Versicherte Person:</b>	
Name: .....	Vorname: .....
Adresse: .....	PLZ Ort: .....
Visana-Versicherten-Nr. (alternativ auch Sozialversicherungs-Nr.): .....	

**1. Aus welchem Grund ist die obenerwähnte Person in Ihrer Behandlung?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Therapie von aktuelle Beschwerden | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Rückfällen / Prävention |
| <input type="checkbox"/> Mutterschaft                      | <input type="checkbox"/> Steigerung des Wohlbefindens           |
| <input type="checkbox"/> Unfall                            |   |

**2. Bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten:**

Aktuelle Beschwerden

.....  
.....

Seit wann bestehen die erwähnten Beschwerden?

.....

Wann haben Sie mit der Behandlung angefangen?

.....

Welche Therapiemassnahmen / Therapieformen haben Sie bisher durchgeführt?

.....  
.....

Wie war der bisherige Therapieverlauf und welche Therapieziele konnten Sie erreichen?

.....  
.....  
.....

**3. Wurde die Therapie abgeschlossen (voraussichtlich keine erneute Therapie in den nächsten drei Monaten)?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, wann ..... | (die Beantwortung der Fragen 4 und 5 erübrigt sich) |
| <input type="checkbox"/> Nein           | (bitte beantworten Sie die restlichen Fragen)       |

**4. Welches Ziel soll mit der Fortsetzung der Therapie hauptsächlich erreicht werden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Therapie von Restbeschwerden         | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Rückfällen / Prävention |
| <input type="checkbox"/> Therapie von chronischen Beschwerden | <input type="checkbox"/> Steigerung des Wohlbefindens           |



**5. Wie viele Sitzungen sind zur Zielerreichung ungefähr noch notwendig und bis wann?**

.....

**6. Wurden oder werden bezüglich der genannten Beschwerden...**

...andere komplementärmedizinische Therapeutinnen oder Therapeuten aufgesucht?

Ja                       Nein                       Ich weiss es nicht

Name / Adresse der Therapierenden:

durchgeführte Therapieformen:

.....  
.....

...schulmedizinische Massnahmen durchgeführt?

Ja                       Nein                       Ich weiss es nicht

Name / Adresse der Ärztinnen oder Ärzte:

.....  
.....

Schulmedizinische Diagnose (falls Ihnen bekannt):

.....  
.....

Durchgeführte Abklärungen / Untersuchungen / Therapiemassnahmen (falls Ihnen bekannt):

.....  
.....

Wurden in den letzten 12 Monaten eine Physiotherapie durchgeführt?

Ja                       Nein                       Ich weiss es nicht

Name / Adresse der Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten:

.....  
.....

**7. Weitere relevante Informationen**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift und Stempel

**Bitte retournieren Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen per Post. Besten Dank für die Zusammenarbeit.**