

Fragebogen für Ihre behandelnde Fachperson der Komplementärmedizin

Weitere Informationen für Fachpersonen der Komplementärmedizin finden Sie auf:

www.helsana.ch/komplementaertherapeut

Personalien des Versicherten

Versicherten-Nr. _____

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

**Behandelnde Fachperson
der Komplementärmedizin**

Name, Vorname _____

ZSR-Nr. _____

1 Ist der Versicherte berufstätig?

Nein Ja

Wenn ja, aktuelle berufliche Tätigkeit _____

2 Behandlungsgrund:

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

Krankheit

Unfall: Datum _____

Schwangerschaft

Mutterschaft

Prävention/Vorsorge

2 a) Welche Beschwerden liegen vor?

Nennen Sie bitte Ihre aktuelle medi-
zinische Einschätzung und Ihre fach-
richtungs- bzw. methodenspezifische
Diagnose.

2 b) Falls vorhanden: Wie lautet die
schulmedizinische Diagnose?

2 c) Welche Therapiemethode(n) wenden Sie
beim Versicherten an?

3 Welche Verbesserungen oder Verände-
rungen wurden ab Behandlungsbeginn
bzw. seit dem letzten Bericht durch Ihre
Behandlung erzielt?

- 4 Was planen Sie für die beschriebenen Beschwerden resp. Erkrankungen?
(Bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- Behandlung ist oder wird abgeschlossen am (Datum) _____
- Restbeschwerden/-erkrankungen sind vorhanden; abschliessende Behandlungen sind erforderlich
- Beschwerden/Erkrankungen sind noch vorhanden, Behandlungsabschluss aktuell nicht absehbar
- Eine Langzeittherapie ist notwendig
- Behandlungen zur Prävention oder zur Vermeidung von Rückfällen

4 a) Bitte nennen Sie die Anzahl der vorgesehenen Behandlungen und deren Häufigkeit
(z. B. 3 Behandlungen, 1x monatlich)

- 4 b) Kann die Häufigkeit der Behandlungen zukünftig reduziert werden?
- Nein, weshalb nicht?

Ja, ab wann?

5 Führt der Versicherte gezielte Massnahmen zur Gesundheitsförderung durch?
(z. B. im Bereich Fitness, Entspannungsmethoden, Gesundheitskurse)

Nein

Ja, welche?

6 Sind Sie in der Regel bei Gesundheitsfragen die erste Ansprechperson für den Versicherten?

Nein Ja

7 Ist der Versicherte bei weiteren Leistungserbringern der Komplementärmedizin in Behandlung?

Nein Ja

Wenn ja, bei welchen?

(Name, Vorname, Behandlungsmethode)

Falls vorhanden:

Legen Sie uns bitte einen Arztbericht, Spitalbericht und/oder weitere, medizinische Unterlagen bei.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben dieses Fragebogens.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der behandelnden Fachperson der Komplementärmedizin

Bitte senden Sie den Fragebogen an folgende Adresse:

Helsana Zusatzversicherungen AG, Kundenservice, Fachspezialist Komplementärmedizin, Postfach, 9008 St. Gallen

Einholen medizinischer Akten zur Prüfung unserer Leistungsübernahme im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

Unsere Mitarbeitenden bearbeiten medizinische Akten sorgfältig und schützen sensible Daten und damit die Persönlichkeit der Versicherten. Alle Mitarbeitenden sind einer gesetzlichen oder beruflichen Schweigepflicht unterstellt, abhängig davon ob es sich um Sozialversicherung oder Privatversicherung handelt. Diese gilt weiter, auch wenn ihr Anstellungsverhältnis beendet ist. Die medizinischen Akten werden nach der Bearbeitung in einem speziell geschützten System archiviert.

Es kommt vor, dass auch im Bereich der Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) medizinische Akten an den «Vertrauensärztlichen Dienst» geschickt werden. Einen Vertrauensarzt gibt es jedoch ausschliesslich im Bereich der obligatorischen Krankenversicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Aus diesem Grund leiten wir sämtliche (medizinische) Akten betreffend dem VVG-Bereich, die fälschlicherweise an den «Vertrauensärztlichen Dienst» oder «Vertrauensarzt» adressiert sind, an die zuständigen Fachabteilungen der Helsana Versicherungen AG weiter.