

Fragebogen für Ihre behandelnde Fachperson der Komplementärmedizin/Arzt

Möchten Sie diesen Fragebogen elektronisch ausfüllen und mehr über unsere Leistungsabwicklung erfahren? Dann besuchen Sie uns auf: helsana.ch/komplementaertherapeut.

Personalien des Versicherten

Versicherten-Nr. _____

Vorname, Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Hinweis:

Unsere Leistungspflicht können wir nur dann prüfen, wenn alle Fragen umfassend beantwortet sind.
Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus – vielen Dank.

Behandelnde Fachperson der Komplementärmedizin/koordinierender Arzt/ koordinierende Ärztin

Vorname, Name _____

ZSR-Nr. _____

-
1. Besteht ein enges Verwandtschaftsverhältnis zur versicherten Person (Eltern/Kind/Ehepartner) oder leben Sie im gleichen Haushalt? Ja
 Nein
-
2. Ist der Versicherte berufstätig? Nein
 Ja, aktuelle berufliche Tätigkeit:
-
3. Behandlungsgrund:
Bitte nur eine Antwort ankreuzen. Krankheit Unfall Datum
 Schwangerschaft Mutterschaft
 Prävention/Vorsorge
-
4. Nennen Sie bitte Ihre aktuelle therapeutische oder medizinische Einschätzung und Ihre fachrichtungs- bzw. methodenspezifische Diagnose.
-
5. Welche schulmedizinischen Therapien wurden oder werden angewendet und wie lautet die schulmedizinische Diagnose (falls bekannt)?
-
6. Welche Beschwerden liegen vor?
Wie schränken diese Beschwerden die versicherte Person in ihren alltäglichen und beruflichen Verrichtungen ein?
-

- 6.1 Wurde vom behandelnden Arzt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (falls bekannt)?
- Ja, Grad in %
 Nein
 unbekannt
-
7. Welche Therapiemethode(n) wenden Sie bei der versicherten Person an?
-
- 7.1 Wie sieht das Behandlungskonzept aus und ist eine Anpassung notwendig/geplant?
-
- 7.2 Welche Therapieziele wurden vereinbart/gesetzt?
-
- 7.3 Welche Ziele konnten seit Behandlungsbeginn bzw. seit dem letzten Bericht erreicht oder mussten angepasst werden?
Bitte ausführen.
-
8. Welche Verbesserungen oder Veränderungen wurden ab Behandlungsbeginn bzw. seit dem letzten Bericht durch Ihre Behandlung erzielt?
-
9. Was planen Sie für die beschriebenen Beschwerden resp. Erkrankungen?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- Behandlung ist oder wird abgeschlossen am:
 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
-
10. Bitte nennen Sie die Frequenz der künftig empfohlenen Behandlung und für welchen Zeitraum?
z. B. 3 Behandlungen pro Monat für 6 Monate
-
11. Kann die Frequenz und der Zeitraum der Behandlungen zukünftig reduziert werden?
z. B. 1 Behandlungen pro Monat für 3 Monate
- Nein, weshalb nicht?
 Ja, ab wann?
-

12. Führt der Versicherte gezielte Massnahmen zur Gesundheitsförderung durch?
z. B. im Bereich Fitness, Gesundheitskurse, Entspannungsmethoden, etc.
- Nein
 Ja, welche?

-
13. Ist der Versicherte bei weiteren Leistungserbringern der Komplementärmedizin in Behandlung?
- unbekannt
 Nein
 Ja
Bei welchen?

Vorname, Name

Behandlungsmethode

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

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel Arzt, Ärztin, Komplementärtherapeut,
Komplementärtherapeutin

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:

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