

Power of attorney for complementary medical treatments

Information on the insured person

Customer no.	Date of birth
First name	Name
Street/No.	ZIP/location

Examination of the assumption of benefits for complementary medical treatments in accordance with the Insurance Contract Act (VVG) for supplementary insurance

Power of attorney

You authorise your doctor or therapist to provide Sympany with information. You hereby authorise Sympany to inspect the medical documents and detailed invoices and to obtain the information required to assess your entitlement to benefits. You also authorise Sympany to commission medical investigations and expert opinions and to send the necessary medical files to the person entrusted with the assessment. Your attending doctors or therapists as well as medical assistants are released from their duty of confidentiality towards Sympany and are advised to send the requested documents directly to the Benefits Management for Private Customers department. You expressly confirm that these documents may be sent directly to Sympany's Benefits Management for Private Customers. There is no medical advice service available for supplementary insurance policies. If medical files relating to your complementary medical treatment are submitted to the medical advisor service, these documents will be forwarded directly to the Benefits Management for Private Customers staff, who will process the request. The power of attorney relates to the therapy or course of treatment with the therapist mentioned below and can be revoked by the undersigned at any time without giving reasons. Data protection is guaranteed at all times.

Place and date

Signature

Fragebogen für komplementärmedizinische Behandlungen

Angaben zum Arzt/Naturheilpraktiker/Komplementärtherapeuten:

Name Vorname
Ort ZSR-Nummer

Angaben zur versicherten Person

Versichertenr. Geburtsdatum
Vorname Name
Strasse/Nr. PLZ/Ort

Ist die Klientin/der Klient berufstätig?

Ja, aktuelle Berufstätigkeit:
Nein

Behandlungsgrund

Krankheit
Unfall, Datum:
Schwangerschaft
Mutterschaft
Prävention/Vorsorge

Welche Beschwerden liegen vor? Nennen Sie bitte Ihre aktuelle medizinische Einschätzung und Diagnose.

Wie lautet die medizinische Diagnose (falls vorhanden)? Durch wen wurde diese erstellt?

Seit wann ist die Klientin/der Klient bei Ihnen in Behandlung?

Wird die Klientin/der Klient noch anderweitig (schulmedizinisch/komplementärmedizinisch) behandelt?

Ja, bei

Nein

Welche Therapiemethode(-n) wenden Sie an?

Welche Verbesserungen oder Veränderungen wurden seit Behandlungsbeginn respektive seit Ihrem letzten Bericht durch die Behandlung erzielt?

Wie ist das weitere Vorgehen geplant? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Die Behandlung ist abgeschlossen oder wird per abgeschlossen.

Restbeschwerden sind vorhanden, eine abschliessende Behandlung ist notwendig.

Beschwerden sind noch vorhanden, der Behandlungsabschluss ist derzeit nicht absehbar.

Eine Langzeitbehandlung ist notwendig (chronische Beschwerden).

Eine Behandlung zur Prävention oder zur Vermeidung von Rückfällen ist nötig.

Bitte nennen Sie die Anzahl der geplanten weiteren Behandlungen sowie deren Häufigkeit.

Kann die Häufigkeit der Behandlungen reduziert werden?

Ja, ab:

Nein. Grund:

Welches Therapieziel kann Ihrer Ansicht nach mit Ihrer Behandlung noch erreicht werden?

Mit welchem Behandlungskonzept soll dieses Therapieziel erreicht werden und in welchem zeitlichen Rahmen?

Wurden mit der Klientin/dem Klienten konkrete Therapieziele vereinbart?

Ja, folgende:

Nein

Konnten bereits Therapieziele erreicht werden?

Ja, folgende:

Nein

Führt die Klientin/der Klient zusätzlich zu Ihrer Behandlung gezielte Massnahmen zur Gesundheitsförderung durch (z.B. Fitness, Gesundheitskurse o.Ä.)?

Ja, folgende:

Nein

Weitere Unterlagen

Falls vorhanden, bitten wir Sie um die Zustellung eines Arztberichts, Spitalberichts oder anderer medizinischer Unterlagen.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ort und Datum

Unterschrift, Stempel Ärztin/Arzt,
Naturheilpraktiker/Naturheilpraktikerin, Therapeut/Therapeutin