

Vollmacht für komplementärmedizinische Behandlungen

Angaben zur versicherten Person

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

Prüfung der Leistungsübernahme für komplementärmedizinische Behandlungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die Zusatzversicherung

Vollmacht

Sie ermächtigen Ihren Arzt/Ihre Ärztin oder Ihre Therapeutin/IhrenTherapeuten, gegenüber Sympany Auskunft zu erteilen. Sympany wird hiermit von Ihnen bevollmächtigt, Einsicht in die medizinischen Unterlagen und die detaillierten Rechnungen zu nehmen sowie die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Auskünfte einzuholen. Weiter ermächtigen Sie Sympany, medizinische Abklärungen und Gutachten in Auftrag zu geben und die dazu notwendigen medizinischen Akten an die mit der Beurteilung betraute Person zuzustellen. Ihre behandelnden Ärztinnen/Ärzte oder Therapeutinnen/Therapeuten sowie medizinische Hilfspersonen werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber Sympany entbunden und sind gebeten, die verlangten Unterlagen direkt dem Leistungsmanagement Privatkunden zuzustellen. Sie bestätigen ausdrücklich, dass diese Unterlagen direkt dem Sympany Leistungsmanagement Privatkunden zugestellt werden dürfen. In den Zusatzversicherungen steht kein vertrauensärztlicher Dienst zur Verfügung. Werden medizinische Akten, die Ihre komplementärmedizinische Behandlung betreffen, beim vertrauensärztlichen Dienst eingereicht, werden diese direkt an die Mitarbeitenden des Leistungsmanagements Privatkunden weitergeleitet, welche das Anliegen bearbeiten. Die Vollmacht bezieht sich auf die Therapie bzw. den Behandlungsverlauf bei der unten erwähnten Therapeutin oder dem unten erwähnten Therapeuten und kann von der/dem Unterzeichnenden jederzeit, ohne Angaben von Gründen, widerrufen werden. Der Datenschutz ist jederzeit gewährleistet.

Ort und Datum

Unterschrift

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