

# **Arztbericht / Verlaufsbericht**

## **Ambulante Psychotherapie Art. 13 IVG**



**Invalidenversicherung**  
Bahnhofplatz 3C  
5001 Aarau  
[www.sva-ag.ch](http://www.sva-ag.ch)

Datum:  
Zuständig:  
Telefon:  
**Versicherten-Nr:** **756.**  
(bitte bei Korrespondenz immer angeben)

Versicherter: .....  
.....

Guten Tag

Wir haben ein Gesuch um Kostenübernahme der ambulanten Psychotherapie erhalten.

Die obenerwähnte versicherte Person steht/stand bei Ihnen in ärztlicher Behandlung. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie höflich um Ihre Stellungnahme zu den nachfolgenden Fragen.

Verfügen Sie über eine sichere Mailadresse, so können Sie Ihren Bericht auch gerne an [ivhin@sva-ag.ch](mailto:ivhin@sva-ag.ch) (Versichertennummer im Betreff) senden.

Wir danken Ihnen für eine baldige Antwort.

Freundliche Grüsse

**SVA AARGAU**  
**IV-Stelle**

## Arztbericht Therapien

- 1) Wie lautet die **Indikation** für die ambulante Psychotherapie?
  
  
  
  
  
  
- 2) Welche **Therapieziele** sollen mit der ambulanten Psychotherapie erreicht werden?
  
  
  
  
  
  
- 3) Bitte halten Sie das **übergeordnete Therapieziel** fest:
  
  
  
  
  
  
- 4) Welche **Therapieerfolge** (Verlängerung) konnten mit der ambulanten Psychotherapie bisher erzielt werden?
  
  
  
  
  
  
- 5) Wie viele **Einheiten** ambulante Psychotherapie sind aus ärztlicher Sicht pro Woche angezeigt um den therapeutischen Erfolg / Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anzustreben?
  
  
  
  
  
  
- 6) Allfällige **Bemerkungen**:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: