

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon Mobil / Privat _____
 Arbeitgeber / Ort _____
 Telefon Geschäft _____
 Kostenträger _____
 Vers-/Unfall-Nr. _____
 AHV-Nr. _____
 IV: Verfügungsnr. _____

Adresse Ergotherapie

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

KVG

- Abklärung (2 Sitzungen)
 eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
 mehrere Serien: Anzahl _____
 oder im Zeitraum bis _____

UVG / MVG

- eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
 mehrere Serien (max.4): Anzahl _____
 Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)
IVG: im Zeitraum bis _____

Ort der Behandlung im Zentrum, in der Praxis

zu Hause in der Institution (z.B. Heim)

Ziel der Behandlung

Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen

Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Ursache

Krankheit Unfall Geburtsgebrechen (Gg)

Diagnose / Behandlungsgrund

Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN

Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

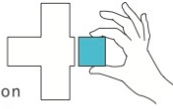
Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Unfalldatum, Krankheitsbeginn, Operationsdatum, Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) bitte separat zustellen.



Informationen für die Handtherapie

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Behandlungsgrund

Diagnose:

Unfalldatum / Krankheitsbeginn:

Operation:

Operationsdatum:

Nachbehandlung

Behandlungsschema:

Immobilisation bewegungsstabil teilw. belastungsstabil: voll belastungsstabil

Schiene:

Angaben zur Therapie:

Vorsichtsmassnahmen:

Bemerkungen:

Bitte um Rücksprache