

Verordnung für Ergotherapie

Personalien	Adresse Ergotherapie
Name _____	
Vorname _____	
Geburtsdatum _____	
Strasse _____	
PLZ / Ort _____	
Telefon Mobil / Privat _____	
Arbeitgeber / Ort _____	
Telefon Geschäft _____	
Kostenträger _____	
Vers-/Unfall-Nr. _____	
AHV-Nr. _____	
IV: Verfügungsnr. _____	
Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen	
KVG	
<input type="checkbox"/> Abklärung (2 Sitzungen) <input type="checkbox"/> eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) <input type="checkbox"/> mehrere Serien: Anzahl _____ oder im Zeitraum bis _____	
UVG / MVG	
<input type="checkbox"/> eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) <input type="checkbox"/> mehrere Serien (max.4): Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung) IVG: im Zeitraum bis _____	
Ort der Behandlung <input type="checkbox"/> im Zentrum, in der Praxis <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Institution (z.B. Heim)	
Ziel der Behandlung <input type="checkbox"/> Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen <input type="checkbox"/> Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung	
Ursache <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen (Gg)	
Diagnose / Behandlungsgrund <hr/>	
Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN <div style="border: 1px dotted black; width: 350px; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>	
Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN <div style="border: 1px dotted black; width: 350px; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>	
<hr/>	
<hr/>	

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

Bemerkung an die/den verordnende/n Ärztin / Arzt und die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten:
Diese Informationen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an die Kostenträger weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.