

## 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

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

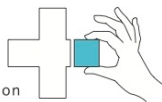
#### Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

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.