

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

Ergotherapiepraxis
 Kirsten Wolter
 Bergackerweg 2
 4802 Strenzelbach

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

Bemerkung an die/den verordnende/n Ärztin / Arzt und die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten:

Diese Informationen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an die Kostenversicherungen weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.