

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.