

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

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

Adresse Ergotherapie

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

KVG

- Abklärung (2 Sitzungen) ODER
 eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
 mehrere Serien: Anzahl ___ Text einfügen _

UVG / MVG

- eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
 mehrere Serien (max.4): Anzahl _Text einfügen_
 Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

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

 NUR KVG: Massnahmen zur Sturzprävention bei Personen ab 65 Jahren mit moderatem bis hohem Sturzrisiko.

Ursache

- Krankheit Unfall Geburtsgebrechen (Gg)

Diagnose / Behandlungsgrund (klassifiziert oder deskriptiv)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Arzt /Ärztin: ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

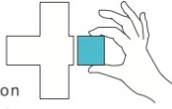
Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

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 Krankenversicherungen weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.