

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Telefon Mobil / Privat

Arbeitgeber / Ort

Kostenträger

Vers-/Unfall-Nr

AHV-Nr.

IV: Verfügungsnr.

Adresse Ergotherapie

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

KVG

Abklärung (2 Sitzungen) ODER

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) mehrere Serien (max.4): Anzahl ___

mehrere Serien: Anzahl ___ Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

UVG / MVG

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)

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)

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 prio.swiss

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Unfalldatum, Krankheitsbeginn, Operationsdatum, Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) bitte separat zustellen.