

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: Anzahl
- Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Bericht und Rücksprache mit Versicherung)

UVG / MVG

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

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

Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

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.