Verordnung für Ergotherapie

Ergotherapie-Verband Schweiz
Association Suisse d'Ergothérapie
Associazione Svizzera di Ergoterapia

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 prio.swiss

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:
Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Unfalldatum, Krankheitsbeginn, Operationsdatum, Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) bitte separat zustellen.