

Hinweise zum Verordnungsformular für Ergotherapie:

Per 1. Juli 2026 ersetzt dieses neue Verordnungsformular das bisherige.

Bezugsadresse:

www.ergotherapie.ch oder EVS/ASE, Haus der Verbände, Bollwerk 15, Postfach, CH-3001 Bern

Die Verordnung ist vom verordnenden Arzt/Ärztin auszufüllen.

Adresse Ergotherapie:

Hier gibt die Ergotherapeut*in ihre Adresse an, wenn sie das Formular an den entsprechenden Leistungsträger/Versicherer weitersendet.

Personalien:

Je nach Leistungsträger/Versicherer sind unterschiedliche Angaben wichtig. Angaben zu Arbeitsort und –geber ist wichtig, wenn die Therapie zu Lasten der Unfallversicherung geht.

Ergotherapeutische Behandlung:

Je nach Leistungsträger/Versicherer (unterschiedliche Gesetzesgrundlagen) sind verschiedene Behandlungsmodalitäten möglich. Entsprechendes bitte ankreuzen.

- Abklärung: Die Abklärung wird dann angekreuzt, wenn von vornherein nicht eindeutig ist, dass dieser Patient*in von einer ergotherapeutischen Behandlung profitieren kann. Dies ist bspw. oft bei Kindern der Fall. Bei einer Abklärung kann die Ergotherapie max. 2 mal 2 Stunden in Rechnung stellen, ohne dafür vorgängig eine Anfrage für Kostengutsprache an die Krankenversicherung stellen zu müssen.
- Behandlung: Besteht eine klare Indikation für Ergotherapie, reicht das Kreuz bei der Behandlung. (In diesem Fall kann nicht gleichzeitig «Abklärung» angekreuzt werden!)
- Nur wenn beim Behandlungsort «zu Hause» angekreuzt ist, kann die Ergotherapeut*in allfällige Reisespesen der Domizilbehandlungen verrechnen.

Ziel der Behandlung:

Die Formulierungen entsprechen dem Artikel 6 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und unterscheiden zwischen

a) körperlicher und

b) psychischer Problematik.

Neu hinzugekommen, nur für Leistungsträger Krankenversicherung:

c) Massnahmen zur Sturzprävention bei Personen ab 65 Jahren mit moderatem bis hohem Sturzrisiko. Separate Kommunikation dazu beachten.

Diagnose/Behandlungsgrund

Die Angabe einer Diagnose bei der Verordnung ist laut unserer Tarifverträge zwingend.

Dabei muss es nicht zwingend eine ICD -Diagnose sein. Aus Plausibilitätsgründen ist es wichtig, dass neben der Diagnose der Behandlungsgrund für Ergotherapie genannt wird.

Nicht jede Person mit einer scheinbar klaren Diagnose wie CVI braucht Ergotherapie. Hingegen gibt es Personen mit einer Indikation für Ergotherapie bei nicht offensichtlicher Diagnose. Als Beispiel Brustkrebs: Die meisten Frauen mit Brustkrebs brauchen keine Ergotherapie. Es kann aber sein, dass eine Patientin wegen ihrer Krankheit und deren Auswirkungen in alltäglichen Dingen eingeschränkt ist, z.B. bei der Körperpflege und beim Anziehen. Hier kann Ergotherapie helfen. Folgende Worte beim Behandlungsgrund: „Verbesserung der Selbständigkeit bei der Körperpflege“ machen dies nachvollziehbar.

Zu beachten: bei der Diagnose F82/UEMF gelten die Abläufe der Konsensuskonferenz.

Einfüllen des Scoreblattes bei Kinder über 4 ½ Jahren. Untersuchung 1 (U1) für die ersten 3 Behandlungsserien (27). U2 für weitere 2 Behandlungsserien (18) und U3 für die letzte Serie (9).

Arzt/Ärztin und ErgotherapeutIn mit ZSR-Nummer und GLN

Diese Angaben dienen den Leistungsträgern/Versicherern zur Überprüfung der Leistungserbringer. Ein Therapeut*innenwechsel für die Behandlung ist danach immer noch möglich. Auf der Rechnung müssen die Angaben der behandelnden Ergotherapeut*in gemacht werden.

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt

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

Juni 2026/evs