

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

Ergotherapie Zimmermann
Sonnefäld 16
8197 Rafz

Telefon: 043 557 69 86
kontakt@ergo-zimmermann.ch
christine.zimmermann@evs-hin.ch

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

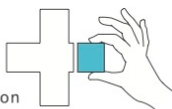
Datum und Unterschrift

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.



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.