

## Verordnung für Ergotherapie

### Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Mobil / Privat \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

Vers-/Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

IV: Verfügungsnr. \_\_\_\_\_

### Adresse Ergotherapie

### Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

#### KVG

Abklärung (2 Sitzungen)

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)

mehrere Serien: Anzahl \_\_\_\_\_  
oder im Zeitraum bis \_\_\_\_\_

#### UVG / MVG

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)

mehrere Serien (max.4): Anzahl \_\_\_\_\_

Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

**IVG:** im Zeitraum bis \_\_\_\_\_

**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

#### Ursache

Krankheit  Unfall  Geburtsgebrechen (Gg)

#### Diagnose / Behandlungsgrund

#### Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

#### Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse

#### Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

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