Verordnung für Ergotherapie

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

Personalien
Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ / Ort
Telefon Mobil / Privat
Arbeitgeber / Ort
Telefon Geschäft
Kostenträger
Vers-/Unfall-Nr.
AHV-Nr.
IV: Verfügungsnr.

Adresse Ergotherapie

ergoPLUS Susanne Kron
Theodorshofweg 22
4310 Rheinfelden

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

ZSR: D961319
GLN: 7601003208795

_____
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.

Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation
Société Suisse de Rééducation de la Main
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano

Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie **SGH**
Société Suisse de Chirurgie de la Main **SSCM**
Società Svizzera di Chirurgia della Mano **SSCM**

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 Kostenversicherungen weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.