

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon privat _____
 Kostenträger _____
 Vers- / Unfall-Nr. _____

Adresse Ergotherapie

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose

Behandlung	Anzahl Behandlungen	<input type="checkbox"/> 2. Behandlungsserie ist voraussehbar
Ort der Behandlung	<input type="checkbox"/> im Zentrum, in der Praxis	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in der Institution

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

Diagnose

(im Einverständnis mit dem Patienten, der Patientin)

- Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt
- Krankheit Unfall Invalidität

Arzt / Ärztin

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Stempel mit ZSR-Nummer)

in Zusammenarbeit mit SRK, santésuisse und MTK



Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten

Angaben zur Diagnose

Unfalldatum, Krankheitsbeginn: _____
 Operationsdatum: _____
 weitere Angaben: _____

Ergotherapeutische Massnahmen

- motorisch-sensorisch
- perzeptiv / kognitiv
- andere:
- Schienen
- Hilfsmittelversorgung

Bemerkungen, Vorsichtsmassnahmen: