

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 Selbstständigkeit 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

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

Ergotherapie Bottmingen und
Domizil
Michaela Pabst
ZSR-Nr.: A824013
GLN: 7601003598889

Datum und Unterschrift _____

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.