

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 am Hafen
Hafenstrasse 50a
8280 Kreuzlingen

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

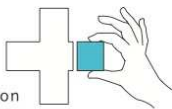
Datum und Unterschrift

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.