

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

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

Adresse Ergotherapie

Ergotherapie am Hafen
 Hafenstrasse 50a
 8280 Kreuzlingen

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose

Behandlung	Anzahl Behandlungen	☐ 2. Behandlungsserie ist voraussehbar
Ort der Behandlung	☐ im Zentrum, in der Praxis	☐ zu Hause ☐ 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: