

# Verordnung für Ergotherapie

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Mobil / Privat \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Ort \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

Vers-/Unfall-Nr \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

IV: Verfügungsnummer \_\_\_\_\_

## Adresse Ergotherapie

## Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

### KVG

- ☐ Abklärung (2 Sitzungen) ODER ☐ eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
- ☐ eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) ☐ mehrere Serien (max.4): Anzahl \_\_\_\_\_
- ☐ mehrere Serien: Anzahl \_\_\_\_\_ ☐ Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

### UVG / MVG

**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
- ☐ **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

Datum und Unterschrift

### Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

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.