

# 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: \_\_\_\_\_

Bitte vorhandene Berichte beilegen. Danke.