

# Verordnung für Ergotherapie

## Personalien

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

## Adresse Ergotherapie

## Arbeitgeber

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Versicherer

Name \_\_\_\_\_  
Vers./Unfalls-Nr. \_\_\_\_\_  
Gesetz \_\_\_\_\_

## Behandlung / Diagnose

**Behandlung** Anzahl Behandlungen \_\_\_\_\_  2. Behandlungsserie ist voraussehbar  
Behandlungsort  im Zentrum, in der Praxis  zu Hause  in der Institution  
Behandlungsgrund \_\_\_\_\_  
**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/der PatientIn)  Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt

Arzt/Ärztin

EAN

ZSR

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unötig

## Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten

### Angaben zur Diagnose

Unfall-/Krankheitsdatum \_\_\_\_\_

Operationsdatum \_\_\_\_\_

Weitere Angaben \_\_\_\_\_

Bemerkungen, Vorsichtsmassnahmen \_\_\_\_\_

### Ergotherapeutische Massnahmen

motorisch-sensorisch

perzeptiv / kognitiv

andere: \_\_\_\_\_

Schienen

Hilfsmittelversorgung