

Verordnung für Ergotherapie

Datum

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Geschlecht
Strasse
PLZ/Ort
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger: _____

Versicherer

Name
Strasse
PLZ/Ort

Arbeitgeber / Versicherungsdaten

Name
Gesetz/Vers.-Nr
Unfall-Nr./-Datum

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt/Ärztin auszufüllen

KVG

- Abklärung (2 Sitzungen)
- eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
- mehrere Serien: Anzahl
oder im Zeitraum bis

UVG / MVG

- eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
- mehrere Serien (max.4): Anzahl
- Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

IVG

- im Zeitraum bis

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

Ursache

- Krankheit Unfall Geburtsgebrechen

Diagnose / Behandlungsgrund

Bemerkungen, Vorsichtsmassnahmen

Arzt/Ärztin

Ergotherapeut/in

GLN
Mail

ZSR

GLN
Mail

Tel.

Elektronische Übermittlung