medForms.ch
© 2026, alle Rechte vorbehalten

Verordnung für Ergotherapie der Hand

Datum

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht

Strasse

PLZ/Ort

AHV-Nr.

Telefon

Mail

Empfänger: ErgotherapeutIn

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

UVG / MVG

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

☐ **IVG**

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
- ☐ **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)

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:
Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Krankheitsbeginn, Operationsdatum, Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) evtl. separat zustellen.

Arzt/Ärztin

GLN ZSR

Mail

Ergotherapeut/in

GLN Tel.

Mail

medForms.ch
© 2026, alle Rechte vorbehalten

Informationen für die Handtherapie

Behandlungsgrund

Diagnose

Unfalldatum /
Krankheitsbeginn

Operation

Operationsdatum

Nachbehandlung

Behandlungsschema

☐ Immobilisation ☐ bewegungsstabil ☐ teilw. belastungsstabil ☐ voll belastungsstabil

☐ Schiene

Angaben zur Therapie

Vorsichtsmassnahmen

Bemerkungen

☐ Bitte um Rücksprache

Elektronische Übermittlung **Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!**	

Bemerkung an die/den verordnende/n Ärztin / Arzt und die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten:
Diese Informationen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an die Kostenversicherungen weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken oder aber löschen Sie die Daten dieser Seite.