

# Verordnung für Ergotherapie

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Telefon privat \_\_\_\_\_

Kostenträger \_\_\_\_\_

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

## Adresse Ergotherapie

## Behandlung / Diagnose

Behandlung Anzahl Behandlungen:  2. Behandlungsserie ist voraussehbar

Ort der Behandlung  im Zentrum, in der Praxis  zu Hause  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: \_\_\_\_\_