

## Verordnung für Ergotherapie

### Personalien

### Adresse Ergotherapie



Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil / Privat \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Kostenträger \_\_\_\_\_  
Vers- / Unfall-Nr. \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
IV: Verfügungsnr. \_\_\_\_\_

### Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

#### KVG

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

#### UVG / MVG

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

#### Diagnose / Behandlungsgrund

#### Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN

#### Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse

#### Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Unfalldatum, Krankheitsbeginn, Operationsdatum, Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) bitte separat zustellen.