

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon Mobil / Privat _____

Arbeitgeber / Ort _____

Telefon Geschäft _____

Kostenträger _____

Vers-/Unfall-Nr. _____

AHV-Nr. _____

IV: Verfügungsnr. _____

Adresse Ergotherapie

Ergo-Praxis
am Rhein GmbH

Hand - Neurologie - Orthopädie

Julie Dehay
Obergass 20
8260 Stein am Rhein
Mobil: 078 606 77 75
Praxis: 052 740 38 71

ergo-am-rhein@hin.ch
www.ergo-am-rhein.ch

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 (Gg)

Diagnose / Behandlungsgrund

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

Datum und Unterschrift

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

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.