Verordnung für Ergotherapie

evs ase
Ergotherapie-Verband Schweiz
Association Suisse d'Ergothérapie
Associazione Svizzera di Ergoterapia

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

Adresse Ergotherapie

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)

Arzt /Ärztin: ZSR-Nr und GLN

Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

_____
Datum und Unterschrift

_____
Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und prio.swiss

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

Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation
Société Suisse de Rééducation de la Main
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano

Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie **SGH**
Société Suisse de Chirurgie de la Main **SSCM**
Società Svizzera di Chirurgia della Mano **SSCM**

Informationen für die Handtherapie

Personalien
Name
Vorname
Geburtsdatum

Behandlungsgrund
Diagnose:
Unfalldatum / Krankheitsbeginn:
Operation:
Operationsdatum:

Nachbehandlung
Behandlungsschema:
☐ Immobilisation ☐ bewegungsstabil ☐ teilw. belastungsstabil ☐ voll belastungsstabil
☐ Schiene:
Angaben zur Therapie:
Vorsichtsmassnahmen:
Bemerkungen:
☐ Bitte um Rücksprache

Bemerkung an die/den verordnende/n Ärztin / Arzt und die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten:
Diese Informationen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an die Krankenversicherungen weitergeleitet werden.
Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.