

# Verordnung für Ergotherapie

Personalien	Adresse Ergotherapie
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	DACEA
PLZ / Ort	PAGE 1
Telefon Mobil / Privat	INGLI
Arbeitgeber / Ort	
Telefon Geschäft	
Kostenträger	
Vers-/Unfall-Nr.	
AHV-Nr.	
IV: Verfügungsnr.	
For the second state Bull and December 1	( ä
Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt	Arztin auszufullen
KVG	UVG / MVG
☐ Abklärung (2 Sitzungen)	eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)	mehrere Serien (max.4): Anzahl
mehrere Serien: Anzahl	Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)
<del></del>	
oder im Zeitraum bis	IVG: im Zeitraum bis
Ort der Behandlung im Zentrum, in der Praxis	☐ zu Hause ☐ in der Institution (z.B. Heim)
Ziel der Behandlung	Ursache
☐ Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Geburtsgebrechen (Gg)
als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen	Diagnose / Behandlungsgrund
□ Lindow documentinh or Edwardson in Debases since	
Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung	
Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN	Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN
Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift

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

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse



# Verordnung für Ergotherapie

Personalien	Adresse Ergotherapie
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	DACE 3
PLZ / Ort	PAGE 2
Telefon Mobil / Privat	INGLZ
Arbeitgeber / Ort	
Telefon Geschäft	
Kostenträger	
Vers-/Unfall-Nr.	
AHV-Nr.	
IV: Verfügungsnr.	
Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt	/ Ärztin auszufüllen
KVG	UVG / MVG
☐ Abklärung (2 Sitzungen)	eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)	mehrere Serien (max.4): Anzahl
mehrere Serien: Anzahl	Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)
oder im Zeitraum bis	IVG: im Zeitraum bis
oder im zeitraum bis	TVG. IIII Zetti dalii bis
Ort der Behandlung im Zentrum, in der Praxis	☐ zu Hause ☐ in der Institution (z.B. Heim)
Ziel der Behandlung	Ursache
☐ Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Geburtsgebrechen (Gg)
als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen	5' (5) "
Lebensverrichtungen	Diagnose / Behandlungsgrund
☐ Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung	
psychiatrisenen behanalang	
Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN	Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN
······································	
Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift

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

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse



# Verordnung für Ergotherapie

Personalien	Adresse Ergotherapie
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	DACE 2
PLZ / Ort	PAGE 3
Telefon Mobil / Privat	INGLS
Arbeitgeber / Ort	
Telefon Geschäft	
Kostenträger Vers-/Unfall-Nr.	
AHV-Nr.	
TV: Verfügungsnr.	
Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt /	Ärztin auszufüllen
Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose uurch Arzt /	AIZUII duszululleii
KVG	UVG / MVG
☐ Abklärung (2 Sitzungen)	eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)	mehrere Serien (max.4): Anzahl
mehrere Serien: Anzahl	☐ Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)
oder im Zeitraum bis	IVG: im Zeitraum bis
Ort der Behandlung im Zentrum, in der Praxis	zu Hause in der Institution (z.B. Heim)
Ziel der Behandlung	Ursache
☐ Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Geburtsgebrechen (Gg)
als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen	
Lebensverrichtungen	Diagnose / Behandlungsgrund
☐ Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung	
Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN	Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN
······································	
Datum und Unterschrift	Datum und Unterschrift

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

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse