

# 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

PAGE 1

## 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

### 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.

# 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

PAGE 2

## 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

### 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.

# 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

PAGE 3

## 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

### 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.

# 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

PAGE 4

## 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

### 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.

# 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

PAGE 5

## 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

### 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.