|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personalien |  | Adresse Ergotherapie |
| Name: [Patient.Name] |  | [Adressat:mw:Herr/Frau]  [Adressat.Vorname] [Adressat.Name]  [Adressat.Strasse]  [Adressat.Plz] [Adressat.Ort] |
| Vorname : [Patient.Vorname] ([Patient.Geschlecht]) |  |  |
| Geburtsdatum : [Patient.Geburtsdatum] |  |  |
| Strasse: [Patient.Strasse] |  |  |
| PLZ / Ort : [Patient.Plz] [Patient.Ort] |  |  |
| Telefon Privat / Mobil: [Patient.Telefon1] / [Patient.Natel] |  |  |
| Arbeitgeber / Ort: | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |
| Telefon Geschäft: [Patient.Telefon2] |  |  |
| Kostenträger: [Fall:-:-:KostentraegerKuerzel] |  |  |
| Vers-/ Unfall-Nr.: |  |  |
| AHV-Nr. : [Patient.AHV] |  |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 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  [Patient.Diagnosen] |
|  |  |  |
| Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN  [Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]  Facharzt für [Mandant.TarmedSpezialität]  [Mandant.Strasse], [Mandant.Plz] [Mandant.Ort]  Tel. [Mandant.Telefon1], E-Mail [Mandant.E-Mail]  GLN [Mandant.EAN], ZSR-Nr. [Mandant.KSK]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [Datum.heute], Unterschrift |  | Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum und Unterschrift |

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse