

# Verordnung für Ergotherapie

## 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

### Ursache

Krankheit    Unfall    Geburtsgebrechen (Gg)

### Diagnose / Behandlungsgrund (klassifiziert oder deskriptiv)

Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer  
psychiatrischen Behandlung

**NUR KVG:** Massnahmen zur Sturzprävention bei  
Personen ab 65 Jahren mit moderatem bis hohem  
Sturzrisiko.

## Arzt /Ärztin: ZSR-Nr und GLN

## Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

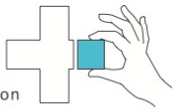
Datum und Unterschrift

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.



## 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.