

# 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

Schweizerisches Rotes Kreuz Zug  
 Ergotherapie SRK  
 Langgasse 47 a  
 6340 Baar, Tel. 041 710 23 72

## 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

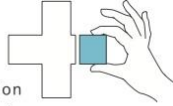
\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
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.



## 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 Kostenträger weitergeleitet werden.

Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.