

# 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

Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

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

### Ursache

Krankheit                      Unfall                      Geburtsgebrechen (Gg)

### Diagnose / Behandlungsgrund (klassifiziert oder deskriptiv)

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.