

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

Klinik Impuls
 Ergotherapie & Schmerztherapie HHB
 Ulrike Schönert
 Bahnhofstrasse 137
 8620 Wetzikon

 044 557 59 52

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

 Datum und Unterschrift

Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

 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.