

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

Ergo GZS
 Sandra Busenhart
 Stauffacherstrasse 36
 8200 Schaffhausen

sandra.busenhart@evs-hin.ch

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

Sandra Busenhart
 ZSR: P7507.14
 GLN: 7601003211597

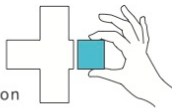
Datum und Unterschrift

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.