

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



Franziska Killermann von Chizzola, BSc
 Sonnenhof 1, CH 8180 Bülach ZH
 T +41 43 928 25 41, info@killermann-ergo.ch
 www.killermann-ergo.ch

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:

Vorsichtsmassnahmen, Behandlungsschema o.a.) bitte separat zustellen.
 Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten (Unfalldatum, Krankheitsbeginn, Operationsdatum,