

## Verordnung für Ergotherapie

### Personalien

### Adresse Ergotherapie

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil / Privat \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Kostenträger \_\_\_\_\_  
Vers- / Unfall-Nr. \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
IV: Verfügungsnr. \_\_\_\_\_

### Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

#### KVG

- Abklärung (2 Sitzungen)  
 eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)  
 mehrere Serien: Anzahl \_\_\_\_\_  
Versicherung)  
oder im Zeitraum bis \_\_\_\_\_

#### UVG / MVG

- eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)  
 mehrere Serien (max.4): Anzahl \_\_\_\_\_  
 Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit  
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

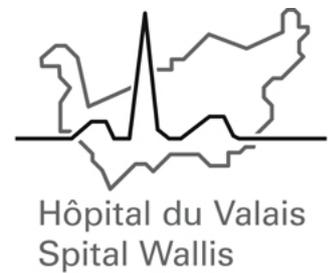
Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse

#### Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

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

SZO  
3. MTT

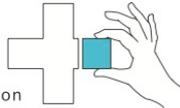
# Verordnung Ergotherapie HAND EVS-ASE SZO



Ref.: FO-7798

Version: 1

Prozess: 3.3.14.6 Funkt. Ergotherapie



Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation  
Société Suisse de Rééducation de la Main  
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano



Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie *SGH*  
Société Suisse de Chirurgie de la Main *SSCM*  
Società Svizzera di Chirurgia della Mano *SSCM*

## Information 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.