

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

Ergotherapie Zug GmbH, Cham
Romaine Portmann
Luzernerstrasse 26
6330 Cham

+41 79 865 55 85

ergotherapiezug@hin.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

Ergotherapie Zug
Romaine Portmann
ZSR: G081209
GLN: 7601001965171

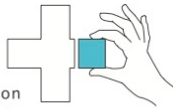
Datum und Unterschrift

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.



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 Kostenversicherungen weitergeleitet werden.

Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.