

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-
& Handtherapie**
Burgdorf

**Gotthelfstrasse 52
3400 Burgdorf
ergo-hand-burgdorf@evs-hin.ch**

Tel: 034 525 92 92

Mobil: 076 531 89 94

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

KVG

Abklärung (2 Sitzungen) ODER
eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
mehrere Serien: Anzahl

UVG / MVG

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

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.

Arzt /Ärztin: ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

Ursache

Krankheit Unfall Geburtsgebrechen (Gg)

Diagnose / Behandlungsgrund (klassifiziert oder deskriptiv)

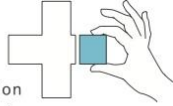
Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

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.



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.