evs ase
Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

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 _____

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

_____

Datum und Unterschrift

Ergotherapeut /in (Stempel): 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.