

# Anhang 2

## Verordnungsformular



### 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

#### 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:

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