|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 UVG / MVG [ ]  Abklärung (2 Sitzungen) [ ]  eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)[ ]  eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) [ ]  mehrere Serien (max.4): Anzahl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  mehrere Serien: Anzahl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)  oder im Zeitraum bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

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 |