|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |