

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon privat _____

Kostenträger _____

Vers-/Unfall-Nr. _____

Adresse Ergotherapie



Tel. 052-624 27 11
Fax 052-624 27 11

Rheinweg 4
8200 Schaffhausen

Behandlung / Diagnose

Behandlung Anzahl Behandlungen: 2. Behandlungsserie ist voraussehbar

Ort der Behandlung im Zentrum, in der Praxis zu Hause in der Institution

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

Diagnose

(im Einverständnis mit dem Patienten, der Patientin)

- Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt
- Krankheit Unfall Invalidität

Arzt / Ärztin

Datum: _____ Unterschrift: _____ (Stempel mit ZSR-Nummer)

in Zusammenarbeit mit SRK, santésuisse und MTK



Informationen für die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten

Angaben zur Diagnose

Unfalldatum, Krankheitsbeginn: _____

Operationsdatum: _____

weitere Angaben: _____

Ergotherapeutische Massnahmen

- motorisch-sensorisch
- perzeptiv / kognitiv
- andere: _____
- Schienen
- Hilfsmittelversorgung

Bemerkungen, Vorsichtsmassnahmen: _____