

Verordnung für ambulante Ergotherapie

Betrifft

Name _____ m w
 Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Strasse/Nr. _____ Zivilstand _____
 PLZ/Ort _____ Beruf _____
 Telefon _____

Versichertenstatus Krankheit Unfall IV IV beantragt
 Krankenkasse _____
 Versicherten-Nr. _____

Diagnose Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt

Krankheitsbeginn _____
 Unfalldatum _____
 OP-Datum _____

mündliche Rücksprache vor Behandlungsbeginn erwünscht

Vorsichtsmassnahmen, Bemerkungen _____

Behandlung

Anzahl Behandlungen _____ Zweite Behandlungsserie ist voraussehbar

Ziel der Behandlung

Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebens-
 verrichtungen
 Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Gewünschte Massnahmen

Physikalische Behandlung	Funktionstraining	Beratung/Instruktion	
Ultraschall	motorisch	Gelenkschutz	
Laser	sensorisch/perzeptiv	Ergonomie	
TENS	kognitiv		
Paraffinbad; Rapsbad			
Postoperative Behandlung (Oedem, Narbe, Mobilisation)	Hirnleistungstraining (Konzentration, Planung, Gedächtnis)	Abklärung Selbstständigkeit Wohnen/Haushalt Arbeitsplatz	Training
Herstellung/Abgabe/Anpassung	Abgabe/Anpassung	Andere _____	
Schiene	Hilfsmittel		
Halskragen	Rollstuhl		
Kompressionshandschuh			

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Therapiekoordination senden