

# Verordnung für Ergotherapie

## Patientin/Patient

Nachname		Strasse / Nr.	
Vorname		PLZ / Wohnort	
Kostenträger		Geburtsdatum	
AHV-Nr.		Telefon / Privat	
Vers-/Unfall-Nr.		Arbeitgeber / Ort	
IV: Verfügungsnr.		Telefon / Geschäft	

## 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 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                      Unterschrift

Datum                      Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an [ergo@gzo.ch](mailto:ergo@gzo.ch)

### Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

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