

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon privat _____
Kostenträger _____
Vers-/Unfall-Nr. _____

Adresse Ergotherapie

**ERGO
TOGGENBURG**
Wigetstrasse 4
9630 Wattwil
T 071 988 36 17
F 071 988 61 17
info@ergotoggenburg.ch
KSK-Nr. W 7890.17

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 Selbstständigkeit 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:

Bitte vorhandene Berichte beilegen. Danke.