

# Verordnung für Ergotherapie

## Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Telefon Mobil / Privat

Arbeitgeber / Ort

Telefon Geschäft

Kostenträger

Vers-/Unfall-Nr.

AHV-Nr.

IV: Verfügungsnr.

## Adresse Ergotherapie:

Zürcher Sehhilfe  
Lagerhausstrasse 3  
8400 Winterthur

Tel. 052 202 25 80  
FAX 052 202 25 81  
info@zsh.ch  
www.zuercher-sehhilfe.ch

ZSR-Nr.: F373 431

## 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 mit 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

Datum und Unterschrift

### Ergotherapeut /in (Stempel): ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und santésuisse

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

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