

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

Therapiezentrum SRK Schwyz
 Acherhof Schwyz
 Grundstrasse 32a
 6430 Schwyz

Tel.: 041 811 83 33
 therapiezentrum@srk-schwyz.ch

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

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

GLN-Nr.: 7601007606214 ZSR-Nr.: A758905
 Ergotherapiezentrum SRK
 Grundstrasse 32a
 6430 Schwyz
 Tel. 041 811 83 33

Datum und Unterschrift

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.