

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon Mobil / Privat _____
 Arbeitgeber / Ort _____
 Kostenträger _____
 Vers-/Unfall-Nr _____
 AHV-Nr. _____
 IV: Verfügungsnr. _____

Adresse Ergotherapie

Praxis für Ergotherapie Biel GmbH
 S. Längin, A. Grass, Y. Eckard
 Zentralstrasse 47
 2502 Biel

Tel.: 032 323 47 48
 Fax.: 032 323 47 73

ergotherapie-biel-bienne@hin.ch
 www.ergotherapie-biel-bienne.ch

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose durch Arzt / Ärztin auszufüllen

KVG

Abklärung (2 Sitzungen) ODER

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen) mehrere Serien (max.4): Anzahl ___

mehrere Serien: Anzahl ___

UVG / MVG

eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)

Langzeitbehandlung (ab 5. Serie, mit Rücksprache mit Versicherung)

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

NUR KVG: Massnahmen zur Sturzprävention bei
 Personen ab 65 Jahren mit moderatem bis hohem
 Sturzrisiko.

Ursache

Krankheit Unfall Geburtsgebrechen (Gg)

Diagnose / Behandlungsgrund (klassifiziert oder deskriptiv)

Arzt /Ärztin: ZSR-Nr und GLN

Datum und Unterschrift

Ergotherapeut /in: ZSR-Nr und GLN

Praxis für Ergotherapie Biel GmbH
 Zentralstrasse 47
 2502 Biel

GLN 7601003385571
 ZSR G786102

Datum und Unterschrift

Erstellt in Zusammenarbeit mit SRK, MTK und prio.swiss

Bemerkung an verordnende/n Ärztin / Arzt:

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