

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

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

Ergotherapeutische Behandlung / Diagnose (durch Arzt / Ärztin auszufüllen)

KVG

Abklärung (2 Sitzungen)
eine Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
mehrere Serien: Anzahl _____
oder im Zeitraum bis _____

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

Unterschrift Ärztin/Arzt

Datum _____

Unterschrift Ergotherapeutin/Ergotherapeut

Datum _____

Bemerkung an verordnende/n Ärztin/Arzt:

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

aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation
Campus Brugg-Windisch
Bahnhofstrasse 5a
5210 Windisch
T 056 463 88 00

therapieplanung@aarreha.ch

info@aarreha.ch
www.aarreha.ch