

Ärztliche Überweisung für Ergotherapie

ambulant

Patient: Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse: Telefon P: G:	Kostenträger: • Mitgliedernummer: • Behandlung für: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/>
--	---

Diagnose zu Händen des Kostenträgers <input type="checkbox"/> wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt	Anzahl Behandlungen:
---	----------------------

Ergotherapie - Behandlungsziel Zur Verbesserung der Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen <input type="checkbox"/> Verbesserung der körperlichen Funktionen (motorisch, sensorisch, kognitiv) <input type="checkbox"/> im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin Datum:

Informationen für die Ergotherapie

Nähere Angaben zur Diagnose / Vorsichtsmassnahmen <input type="checkbox"/> mündliche Rücksprache erwünscht	Krankheitsbeginn: ○ Unfalldatum: ○ Operationsdatum: ○
--	--

Gewünschte Behandlung / Massnahmen <input type="checkbox"/> Postoperative Behandlung (Oedem, Narbe, Mobilisation ...) <input type="checkbox"/> Schiene (Herstellung, Abgabe, Anpassung ...) <input type="checkbox"/> Funktionstraining <input type="checkbox"/> motorisch <input type="checkbox"/> sensorisch / perzeptiv <input type="checkbox"/> kognitiv <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining (Konzentration, Planung, Gedächtnis...)	<input type="checkbox"/> Beratung / Instruktion <input type="checkbox"/> Gelenkschutz <input type="checkbox"/> Ergonomie <input type="checkbox"/> Abgabe / Adaptation <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abklärung <input type="checkbox"/> Training <input type="checkbox"/> Selbständigkeit <input type="checkbox"/> Wohnen / Haushalt <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Andere
--	--

Patientenkleber