

Verordnung für ambulante Ergotherapie

Betrifft: Name / Vorname:

Geb. Datum:

Beruf:

Adresse:

Tel.:

Versichertenstatus: Krankheit Unfall IV IV beantragt

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Diagnose:

(im Einverständnis mit der Patientin / dem Patienten)

Diagnose wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt

Krankheitsbeginn:

Unfalldatum:

OP-Datum:

mündliche Rücksprache vor Behandlungsbeginn erwünscht

Vorsichtsmassnahmen, Bemerkungen:

Behandlung:

Anzahl Behandlungen: 2. Behandlungsserie ist voraussehbar

Ziel der Behandlung:

Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen

Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Gewünschte Massnahmen

Physikalische Behandlung

- Ultraschall
- Laser
- TENS
- Paraffinbad; Rapsbad

Funktionstraining

- motorisch
- sensorisch / perzeptiv
- kognitiv

Beratung / Instruktion

- Gelenkschutz
- Ergonomie

Postoperative Behandlung
(Oedem, Narbe, Mobilisation...)

Hirnleistungstraining (Konzentration, Planung, Gedächtnis)

- Abklärung Training
- Selbstständigkeit
- Wohnen / Haushalt
- Arbeitsplatz

Herstellung / Abgabe / Anpassung

- Schiene
- Halskragen
- Kompressionshandschuh

Abgabe / Anpassung

- Hilfsmittel
- Rollstuhl

Andere:

Datum: _____

Stempel und Unterschrift: _____

Anmeldung / Organisation:
Ergotherapie und Aktivierungstherapie
Tel.: +41 61 326 43 00
Fax: +41 61 326 43 36
sekregergo@fps-basel.ch