HANDTHERAPIE Luzern
Verordnung für Ergotherapie

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Association Suisse des Ergothérapeutes
Associazione Svizzera degli Ergoterapisti

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

Adresse Ergotherapie

HANDTHERAPIE LUZERN AG Luzern
Kompetenzzentrum für Handtherapie
Winkelriedstrasse 19
6003 Luzern

info@handtherapie-luzern.ch
041 210 00 22 Tel
041 210 00 23 Fax

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

_____
Datum und Unterschrift

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

HANDTHERAPIE LUZERN AG Luzern
Kompetenzzentrum für Handtherapie
Winkelriedstrasse 19
6003 Luzern

ZSR-Nr. M192103
GLN-Nr. 7601002530583

_____
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.