

Verordnung für Ergotherapie

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse Nr. _____ PLZ/Ort/Kanton _____
Geburtsdatum _____
Telefon P _____ Telefon G _____
Neue AHV-Nr. 756 _____ Vers.-/Unfall-Nr. _____
Arbeitgeber _____ Versicherer _____

Behandlung / Diagnose

Anzahl Behandlungen _____ 2. Behandlungsserie ist voraussehbar
Ort der Behandlung _____ im Zentrum, in der Praxis _____ zu Hause _____ in der Institution _____

Ziel der Behandlung

Verbesserung oder Erhaltung der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen
Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Diagnose

Krankheit _____ Unfall _____ Invalidität _____ Wird dem Vertrauensarzt direkt zugestellt

Datum _____ Ärztin/Arzt _____
In Zusammenarbeit mit SRK, santésuisse und MTK (Stempel mit ZSR-Nummer und Unterschrift)

Information für die Ergotherapeutin/den Ergotherapeuten

Angaben zur Diagnose

Unfalldatum/Krankheitsbeginn _____

Operationsdatum _____

weitere Angaben _____

Ergotherapeutische Massnahmen

motorisch-sensorisch _____ perzeptiv/kognitiv _____ andere _____
Schienen _____ Hilfsmittelversorgung _____

aarReha Schinznach
Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen

T 056 463 85 11
info@aarreha.ch
www.aarreha.ch

Bemerkungen, Vorsichtsmassnahmen

Bitte vorhandene Berichte beilegen. Danke.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.
Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.aarreha.ch/impressum>**

Bitte senden Sie Anmeldungen per E-Mail aus Datenschutzgründen in verschlüsselter Form (z.B. hin.ch).

aarReha Schinznach

**Zentrum für Rehabilitation
Schinznach**
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

**Zentrum für Rehabilitation
Zofingen**
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen

T 056 463 85 11
info@aarreha.ch
www.aarreha.ch