

Verordnung / Anmeldung für Ergotherapie

Vorname: _____ Name: _____ Geb. Datum: _____

Strasse: _____ Plz: _____ Ort: _____

Stationär: Ambulant: Tel. Nr.: _____

Medizinische Diagnose:

Nebenbefunde, die für die Ergotherapie von Bedeutung sind:

Datum des Ereignisses:

Patient hat zusätzlich Physiotherapie: ja nein Arbeitsunfähigkeit: %

Anzahl Behandlungen:

Gewünschte Verordnung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADL-Training | <input type="checkbox"/> Analgesie/Entzündungshemmung |
| <input type="checkbox"/> Sensomotorisches Funktionstraining | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenksfunktion |
| <input type="checkbox"/> Neuropsych. Training /Gedächtnistraining | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Muskelfunktion |
| <input type="checkbox"/> Heim- /Arbeitsplatzabklärung | <input type="checkbox"/> Propriozeption/Koordination |
| <input type="checkbox"/> Schienenbehandlung | <input type="checkbox"/> Rollstuhlanpassung |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel/Adaptationen | |
| <input type="checkbox"/> Mobilisation | |
| <input type="checkbox"/> Domizilbehandlungen | |
| <input type="checkbox"/> Paraffinbäder | |
| <input type="checkbox"/> FOTT/Schluckabklärung und Behandlung | |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | |

Eventuelle Bemerkungen, die für die Therapie von Bedeutung sind:

Einweisender Arzt:

Datum:

Stempel und Unterschrift: