



RHEINBURG-KLINIK  
WALZENHAUSEN

## VERORDNUNG ZUR ERGOTHERAPIE

Personalien:	Diagnose:
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Strasse: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon Privat: _____	_____
Arbeitgeber: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Telefon Geschäft: _____	_____
Versicherer: _____	_____
Vers./Unfall-Nr.: _____	_____

### Ergotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Hauptprobleme:	Ergotherapeutische Massnahmen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Funktionelles Training nach Bobath
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neuropsychologisches Training
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ATL-Training (Aktivität des täglichen Lebens)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gelenkschutz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schienenversorgung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollstuhlberatung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abklärung Wohnsituation

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Klinik für akutstationäre neurologische und orthopädische Rehabilitation

Rheinburg-Klinik, CH-9428 Walzenhausen  
Telefon ++41 (0)71 886 11 11, Fax ++41 (0)71 888 66 29, info@rheinburg.ch, www.rheinburg.ch





RHEINBURG-KLINIK  
WALZENHAUSEN

## VERORDNUNG ZUR ERGOTHERAPIE

Personalien:	Diagnose:
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Strasse: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon Privat: _____	_____
Arbeitgeber: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Telefon Geschäft: _____	_____
Versicherer: _____	_____
Vers./Unfall-Nr.: _____	_____

### Ergotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Hauptprobleme:	Ergotherapeutische Massnahmen:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Funktionelles Training nach Bobath <input type="checkbox"/> Neuropsychologisches Training <input type="checkbox"/> ATL-Training (Aktivität des täglichen Lebens) <input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung <input type="checkbox"/> Gelenkschutz <input type="checkbox"/> Schienenversorgung <input type="checkbox"/> Ergonomie <input type="checkbox"/> Rollstuhlberatung <input type="checkbox"/> Abklärung Wohnsituation

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Klinik für akutstationäre neurologische und orthopädische Rehabilitation

Rheinburg-Klinik, CH-9428 Walzenhausen  
 Telefon ++41 (0)71 886 11 11, Fax ++41 (0)71 888 66 29, info@rheinburg.ch, www.rheinburg.ch



KOPIE ERGOTHERAPEUT



RHEINBURG-KLINIK  
WALZENHAUSEN

## VERORDNUNG ZUR ERGOTHERAPIE

Personalien:	Diagnose:
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Strasse: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon Privat: _____	_____
Arbeitgeber: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Telefon Geschäft: _____	_____
Versicherer: _____	_____
Vers./Unfall-Nr.: _____	_____

### Ergotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Hauptprobleme:	Ergotherapeutische Massnahmen:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Funktionelles Training nach Bobath
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neuropsychologisches Training
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ATL-Training (Aktivität des täglichen Lebens)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gelenkschutz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schienenversorgung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rollstuhlberatung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abklärung Wohnsituation

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

KOPIE  
ÄRZT



Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

