



Ärztliche Verordnung für Ergotherapie

Name	Tel mobil
Vorname	<input type="checkbox"/> bitte aufbieten
Adresse	<input type="checkbox"/> hat Termin am um Uhr
PLZ/Ort	Weitere Kontrollen: <input type="checkbox"/> bei mir <input type="checkbox"/> im Spital Bülach
Tel privat	

Diagnose	OP/Krankheitsbeginn
Vorsichtsmassnahmen	

Anzahl Therapien pro Woche

- Zwischenbericht erbeten nach Therapien Abschlussbericht erbeten

Ergotherapie Neurologie/Orthopädie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Funktionelle Behandlung | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung |
| <input type="checkbox"/> ADL-Training | <input type="checkbox"/> Rollstuhlklärung/Rollstuhlanpassung |
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen <input type="checkbox"/> Haushalt | <input type="checkbox"/> Hausabklärung
(nur nach vorgängiger Anfrage in der Ergotherapie) |
| <input type="checkbox"/> Schluckabklärung/Schlucktraining | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining | <input type="checkbox"/> |

Ergotherapie Handchirurgie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schienenanfertigung Modell | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> statisch Gelenkstellung <input type="checkbox"/> dynamisch | <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Paraffin |
| <input type="checkbox"/> Ödemprophylaxe/Lymphbehandlung | <input type="checkbox"/> Kräftigung ab |
| <input type="checkbox"/> Verbandwechsel x pro Woche | <input type="checkbox"/> Funktionelle Übungen |
| <input type="checkbox"/> Fadenentfernung Tage postoperativ | <input type="checkbox"/> Koordination/Feinmotorik |
| <input type="checkbox"/> Narbenbehandlung | <input type="checkbox"/> Gelenkschutzinstruktion/Hilfsmittelberatung |
| <input type="checkbox"/> Gelenkmobilisation ab | <input type="checkbox"/> Schwerpunkt |
| <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> assistiv <input type="checkbox"/> passiv | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Normosensibilisierung | |

Datum	Name
-------	------

Stempel und Unterschrift