

Anmeldeformular – Handtherapie (Verletzungen/OP's)

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie es per E-Mail an:
ergotherapie-in-gau@web.de

1. Angaben zur behandelnden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

2. Ärztliche Verordnung

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes: _____

Name Krankenkasse/Kostenträger: ☐ gesetzlich ☐ privat

Liegt eine ergotherapeutische Verordnung vor?

☐ Ja ☐ Nein ☐ wird noch ausgestellt

Heilmittel (siehe Rezept):

☐ Motorisch – funktionelle Behandlung ☐ Blankoverordnung

☐ Thermische Anwendung ☐ Schiene

3. Grund des ergotherapeutischen Bedarfs

4. Zeitliche Verfügbarkeit

(Bitte eintragen, zu welcher Zeit Termine möglich sind und zu welchen Zeiten nicht)

Wochentag	Uhrzeit (8:00 – 17:00 Uhr)
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Bitte schicken Sie zusätzlich zur Anmeldung im Anhang auch vorhandene Arztberichte.

Datum: _____

Unterschrift: _____