Ergotherapiezentrum Frick GmbH
Widengasse 10
5070 Frick

Tel. 062-871 88 20
Fax. 062-871 88 21
www.ergotherapiezentrum.ch

Sehr geehrte Eltern

Gerne nehmen wir die Anmeldung Ihres Kindes entgegen. Zur administrativen und ergotherapeutischen Planung benötigen wir Ihre Angaben.

Name, Vorname des Kindes: ..... Geschlecht: w / m geb.: .....

Strasse: .....

Wohnort: .....

Name Mutter: .....

Strasse: .....

Wohnort: .....

Tel. .....

Mobil: .....

Mail: .....

Beruf: .....

Name Vater: .....

Strasse: .....

Wohnort: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Beruf: .....

Wir bevorzugen die Kommunikation via Mail.

Die Ergotherapie wird meistens ärztlich verordnet und über die **Grundversicherung** der Krankenversicherung (KK) abgerechnet. Bei einer verzögerten Entwicklung, wenn das Kind in seinem Alltag beeinträchtigt ist, wird Ergotherapie durch die KK übernommen.

Entwicklungsverzögerungen zeigen sich meist erst oder auch vermehrt im Kindergarten und in der Schule, wenn die Anforderungen steigen. In Fällen von **schulischen Schwierigkeiten ist die Krankenkasse nicht bereit die Kosten zu übernehmen**, da es sich dann um eine pädagogische Massnahme handeln würde. Zur Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse müssen **alltägliche Schwierigkeiten** vorliegen.

Die Krankenkassen zählen den Schulbesuch des Kindes nicht zum Alltag. Daher bezahlen Krankenkassen Ergotherapie nicht, wenn es um Verbesserung von schulischen Leistungen geht.

Erkundigen sie sich über Lerntherapie und besprechen sie mit ihrem Kinderarzt was angezeigt ist.

Gerne machen wir auch eine Abklärung, ob Ergotherapie angezeigt ist. Die Abklärung von 2 Einheiten sollte nach Tarifvertrag von der Krankenkasse übernommen werden.

Sie können die Leistungen aus der Ergotherapie auch selbst bezahlen. Den Tarif dafür erhalten Sie auf unserer Homepage www.ergotherapiezentrum.ch unter Tarif.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Verordnender Arzt / Kinderarzt: _____ **Ort:** _____

Ärztliche Verordnung für Ergotherapie
Die ärztliche Verordnung ist erst notwendig, wenn ein Termin frei.
☐wird nachgereicht, wenn Termin frei ist
☐wurde von ÄrztIn an das Ergotherapiezentrum gesendet
☐keine Verordnung, da die Kosten selbst getragen werden
☐bei evtl. Kostenablehnung durch Versicherer werden die Leistungen durch Erziehungsberechtigte bezahlt

Die ärztliche Verordnung reichen wir bei Ihrer Krankenkasse ein.
Hierfür benötigen wir Ihre Angaben zur **Grundversicherung** der **Krankenkasse**.

- Bitte geben Sie uns dazu die **Kartennummer**

  80756.....
  auf der Versicherungskarte ihres Kindes, das Sie bei uns anmelden an.

Hat Ihr Kind ein Geburtsgebrechen und sind medizinische Massnahmen (Ergotherapie) durch die IV gutgesprochen? Bei einem Geburtsgebrechen (GG) kann die Ergotherapie auch durch die IV vergütet werden, wenn die IV das GG anerkannt hat.

☐ **Geburtsgebrechen** ist durch die **IV** anerkannt- bitte **Verfügung beilegen**

☐ **IV angemeldet** und **Ergotherapie bei IV** beantragt am.....

☐ **in Abklärung** seit.....

Folgende Abklärungen haben bisher stattgefunden:

.....

Bisherige Therapien:

.....

Aktuelle Therapien:

.....

Wer hat Ergotherapie empfohlen?

.....

Welcher **regelmässige Termin** ist für Sie und Ihr Kind geeignet, um zur Ergotherapie zu kommen?

Vormittag: Mo..... Die..... Mi..... Do..... Fr .....

Nachmittag: Mo..... Die..... Mi..... Do..... Fr .....

Bitte geben Sie **möglichst viele Terminvarianten an,** an denen sie und ihr Kind in die Ergotherapie kommen kann. Die Wirksamkeit der Therapie wird durch die Zusammenarbeit unterstützt. Wir geben ihnen nach der Ergotherapiestunde Rückmeldung und immer wieder Tipps für den Alltag, wenn sie dies wünschen.

Geben Sie uns bitte Bescheid, falls es Änderungen (z.B. neuer Stundenplan) der möglichen Terminfenster gibt.

Bitte **senden Sie uns die Anmeldung unterschrieben zurück.**

Sollten wir innerhalb eines Monates die Anmeldung von Ihnen nicht zurückgesendet bekommen, gehen wir davon aus, dass kein Therapiebedarf mehr besteht.

Häufig ist nicht gerade ein Termin frei. Wir informieren Sie.

Wir freuen uns, Sie und Ihr Kind ein Stück weit begleiten zu dürfen.

Freundliche Grüsse

Team Pädiatrie im Ergotherapiezentrum Frick

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift Eltern: .....