

Bitte Etikett einkleben

Verordnung arbeitstherapeutischer Leistungen

voraussichtlich ab:

Kontaktdaten

AZ: **Tel.:** **BG:**

SB: **Tel.:** **Fax:**

AG: gekündigt Montage

Leistung/Zielsetzung

- Arbeitstherapie **Phase I**...Wochen (Arbeitsplatztraining) in Verbindung mit:
 - ABE-Fähigkeit letzte Tätigkeit oder Umsetzung
 - Arbeitsfähigkeit letzte Tätigkeit oder Umsetzung
 - Physiotherapie/physikal. Therapie (insg. 1 h/Tag, 20min/Einheit)
 - KG Massage Spezialmassage
 - MLD Kälte/Wärme Elektrotherapie
 - Ultraschall CO2-Bad
- Arbeitstherapie **Phase II** (therapeutisch begleitete Einarbeitung)
 - Arbeitsfähigkeit letzte Tätigkeit
 - Arbeitsfähigkeit Umsetzung
 - Einarbeitung der Hilfsmittel
- Testung **arbeitsplatzbezogen**
 - ABE-Fähigkeit letzte Tätigkeit
 - Arbeitsfähigkeit letzte Tätigkeit
 - Umsetzungsmöglichkeiten
 - Hilfsmittel/Prothetik
- Testung **arbeitsmarktbezogen**
 - Belastbarkeit allgemeiner Arbeitsmarkt
 - zus. Stellungnahme zur bisherigen Tätigkeit
- Beratung/Arbeitgebergespräche
 - Testergebnisse/Empfehlungen (als separate Leistung)
- Fahrttestung
 - PKW Schaltgetriebe
 - LKW Automatikgetriebe
- Fahrschule ...x/Woche
 - Stapler
 - Baufahrzeug Radlader Bagger
- Übernachtung
 - mdl. Kostenzus. BG Patient ist informiert

Anmerkungen

.....
.....

D-Arzt (Unterschrift/Stempel)

Martha-Brautzsch-Str. 10
06108 Halle/Saale
Kasseler Str. 60a
06132 Halle/Saale

Tel.: 0345/44 59 59 74
Fax: 0345/44 59 59 75
email: post@zip-zoerkler.de
www.zip-zoerkler.de

Bankverbindung
Saalesparkasse
IBAN: DE17 8005 3762 1894 0808 62
BIC: NOLADE21HAL