

Bitte Etikett einkleben

Verordnung arbeitstherapeutischer Leistungen

voraussichtlich ab:

Kontaktdaten

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

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

AG: ☐ gekündigt ☐ Montage

Leistung/Zielsetzung

- | | |
|--|--|
| ☐ Arbeitstherapie Phase IWochen
(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
Südstraße 4a (ABZ Bau)
06179 Teutschenthal/OT Holleben

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 0112 59
BIC: NOLADE21HAL