

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon Privat _____

Arbeitgeber _____

PLZ/Ort _____

Telefon Geschäft _____

Versicherer _____

Vers.-/Unfall-Nr. _____

Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit

Unfall

Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung: erste

zweite

dritte

vierte

Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes: _____

Spezielles

Funktioneller Verband (Tape)

Instruktion

Anzahl Behandlungen: _____

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach _____

Behandlungen

Vermietung von Geräten:

Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.: _____

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____
