

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

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

Anzahl Behandlungen: _____ Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Vermietung von Geräten: _____

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: _____
