

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

Name  
 Vorname  
 Geburtsdatum  
 Strasse  
 PLZ/Ort  
 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)

Anz. 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:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: