

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: