

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.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

G6811.02

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____

