

# 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_