

Verordnung zur Physiotherapie

Anrede: ☐ Frau ☐ Mann ☐ divers

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Arbeitgeber:

PLZ/Ort Geschäft:

Telefon Geschäft:

Versicherer:

AHV-Nummer:

Diagnose

Separate Zustellung an

Vertrauensärztin/-arzt: ☐ Ja ☐ NeinGrundursache: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Ärztin/Arzt 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

☐ Funktioneller Verband (Tape)

☐ Instruktion

Anderes:

Spezielles:

Physiotherapeutische
Massnahmen:

Anzahl Behandlungen:

☐ Domizilbehandlung

☐ pro Tag 2 Behandlungen

Vermietung von Geräten:

Arztkontrolle nach Behandlungen

Der/die Physiotherapeut/-in kann mit dem Einverständnis der Ärztin/des Arztes die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Unterschrift/Stempel zuweisende Stelle

Datum:

Unterschrift Physiotherapeut/-in:
(KSK-Stempel)

Datum:

Unterschrift Ärztin/Arzt:

Bemerkung: