

## Verordnung zur Physiotherapie

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus**      Krankheit              Unfall              IV              IV beantragt  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

### Diagnose

separate Zustellung an Vertrauensarzt gemäss KVG

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt auszufüllen)

Verordnung    erste      zweite      dritte      vierte      Langzeitbehandlung

### Ziel der Behandlung

Analgesie/Entzündungshemmung	Entstauung
Verbesserung der Gelenkfunktion	Spezielles
Verbesserung der Muskelfunktion	Funktioneller Verband (Tape)
Propriozeption/Koordination	Instruktion
Verbesserung der cardio-pulm. Funktion	Anderes _____

### Physiotherapeutische Massnahmen (durch Arzt auszufüllen, wenn er es wünscht)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anzahl Behandlungen**    Domizilbehandlung    pro Tag zwei Behandlungen    Arztkontrolle nach \_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_                      Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Therapiekoordination senden**