



# 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: