PHYSIOTHERAPEUTEN-VERBAND
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN (PVFL)

Postfach 603, FL-9494 Schaan www.physio.li pvfl@physio.li

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon P/G: _____

Mobiltelefon: _____

Versicherer: _____

Arbeitgeber: _____

IDN-Nr. / Ref.-Nr.: _____

Diagnose

❍ Krankheit ❍ Unfall ❍ Invalidität

Bemerkungen / Ziel des Arztes:

PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG:

❍ Allgemeine Physiotherapie	❍ Aufwendige Physiotherapie ❍ Cerebrale +/ medulläre Bewegungsstörung (inkl. Polyradiculitiden) ❍ Schwere funktionelle Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen) ❍ Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlungen mehrer Gliedmassen bei mehrfach-verletzten-, mehrfach-operierten – oder multimorbiden Patienten ❍ Atemtherapie bei schweren Lungenventilationsstörungen ❍ Weitere Indikationen (Arzt stellt Gesuch an Kostenträger!)
❍ Medizinische Trainingstherapie (M.T.T)	
❍ Hippotherapie	
❍ Elektro- + Thermotherapie / Instruktion Gerätevermietung	
❍ Lymphdrainage ❍ Bandagieren ❍ Stützstrümpfe	
❍ Wassertherapie / Gehbad	❍ Chronische behinderte Kinder (bis 6 Jahre) ❍ Missbildungen oder Systemerkrankungen Skelett / Bewegungsapparat ❍ Missbildungen / progressive Erkrankungen der Skelettmuskulatur ❍ Chronische Lungenventilationsstörungen ❍ Missbildungen / Schädigungen ZNS / peripheres Nervensystem
❍ Hilfsmittel und Gegenstände gemäss MiGel-Liste:	
❍ 2 Behandlungen / Tag ❍ Hausbesuche	

Anzahl Behandlungen: _____ Wird die Behandlung bei anderen PhysiotherapeutInnen durchgeführt: ❑ JA ❑ NEIN

Verordnung	❍ erste	❍ zweite	❍ dritte	❍ vierte	❍ *Langzeittherapie

*sep. Bericht gem. KVV Art. 57 an den Vertrauensarzt der Krankenkasse notwendig

ARZT (Stempel + ZSR-Nummer) **Therapeut/in**

Datum/Unterschrift: