

# 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

### Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anzahl 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 (Stempel): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_