

# 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

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_  Domizilbehandlung     pro Tag 2 Behandlungen    Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten: \_\_\_\_\_

**Physiotherapeutische Massnahmen:**  
 (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_