

# 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_