



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)

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): KSK-Nr.: _____

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Praxis für Physiotherapie
 Heike Uhlir
 Husmatt 3
 5405 Baden-Dättwil

Tel. 056 493 06 51
 Fax 056 450 28 38

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____