

## VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

NAME:	ARBEITGEBER:
VORNAME:	PLZ/ORT:
GEBURTSDATUM:	TELEFON GESCHÄFT:
STRASSE:	VERSICHERER:
PLZ/ORT:	VERS.-/UNFALL-NR.
TELEFON PRIVAT:	

### DIAGNOSE

- separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG  
 Krankheit                       Invalidität                       Unfall

### PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG (DURCH ARZT/ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN)

- Verordnung:       erste       zweite       dritte       vierte       Langzeitbehandlung

### ZIEL DER BEHANDLUNG

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analgesie/Entzündungshemmung           | <input type="checkbox"/> Entstauung                   |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenkfunktion        | <input type="checkbox"/> Anderes:                     |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Muskelfunktion        | <input type="checkbox"/> Spezielles                   |
| <input type="checkbox"/> Propriozeption/Koordination            | <input type="checkbox"/> Funktioneller Verband (Tape) |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der cardio-pulm. Funktion | <input type="checkbox"/> Instruktion                  |

### PHYSIOTHERAPEUTISCHE MASSNAHMEN: (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

---

---

---

---

### PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG (DURCH ARZT/ÄRZTIN AUSZUFÜLLEN)

- \_ Anz. 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:**

**PHYSIOTHERAPEUT/IN (KSK-STEMPEL):**

**DATUM:**

**DATUM:**

**UNTERSCHRIFT:**

**UNTERSCHRIFT:**

**BEMERKUNGEN:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---