



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: