



Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat
Arbeitgeber
PLZ/Ort
Telefon Geschäft
Versicherer
Vers.-/Unfall-Nr.
FID-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)

2 Serien à 9x
GLA:D

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 (Stempel): KSK-Nr.:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: