



Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

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

physionext.

Herisauerstrasse 5
 9015 St. Gallen

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)

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):

physionext. st. gallen

Herisauerstrasse 5 058 590 11 11
 9015 St. Gallen info@physionext.ch
 GLN 7601001586635 ZSR J815217

Datum: Unterschrift:

Datum: Unterschrift:

Bemerkungen: