

## 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)

#### MTT-Verordnung

Anz. Behandlungen: **36 x**      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: