

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

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

physionext.

Rietlistrasse 5
9403 Goldach

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.

Rietlistrasse 5
9304 Goldach
GLN 7601001586642

goldach

058 590 11 11
info@physionext.ch
ZSR H497217

Datum: Unterschrift:

Bemerkungen:

Datum: Unterschrift: