

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

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



**physiotherapie**  
**niederlenz**

Mühlestrasse 3 · 5702 Niederlenz · Fon 062 892 13 10

### 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:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Datum:                      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum:                      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: