

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon Privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers./Unfall-Nr.



Fahrackerstrasse 1, 4853 Murgenthal

Tel.: 062 926 02 30 e-mail: [physiomurgenthal@gmail.com](mailto:physiomurgenthal@gmail.com)

[www.physiomurgenthal.ch](http://www.physiomurgenthal.ch)

### 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

Anzahl Behandlungen:

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach

Behandlung

Vermietung von Geräten:

Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

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): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel): \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: