

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon Privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers.-/Unfall-Nr.

**Physiotherapie Blatten**  
Marliese Schoch  
Blattenstr. 1  
8634 Hombrechtikon

### 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 \_\_\_\_\_ Behandlungen

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): KSK-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

**Marliese Schoch**  
Physiotherapie Blattenstr. 1  
8634 Hombrechtikon  
ZH Kantonalbank Hombrechtikon  
80-138-2 R 9485 01

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

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

Bemerkungen: