

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

Physiotherapeutische Massnahmen:

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

Anzahl 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):

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

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____