

Verordnung zur Physiotherapie

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

| Verordnung | erste | zweite | dritte | vierte |
|----------------------|--|--------|--------|--------|
| Ziel der Behandlung | Langzeitbehandlung | | | |
| | Analgesie/Entzündungshemmung | | | |
| | Verbesserung der Gelenkfunktion | | | |
| | Verbesserung der Muskelfunktion | | | |
| | Propriozeption/Koordination | | | |
| | Verbesserung der cardio-pulm. Funktion | | | |
| | Entstauung | | | |
| | Funktioneller Verband (Tape) | | | |
| | Instruktion | | | |
| Anderes | | | | |
| Spezielles | | | | |
| Physiotherapeutische | | | | |
| Massnahmen | | | | |

Anzahl Behandlungen

Domizilbehandlung
pro Tag 2 Behandlungen

Vermietung von Geräten

Verordnung zur Physiotherapie

Arztkontrolle nach der (Anzahl) Behandlungen

Anzahl Kontrollen

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Unterschrift/Stempel Zuweiser

Datum

Unterschrift Physiotherapeut/in
(KSK-Stempel)

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Bemerkung