

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

	Personalien	Diagnose
Name:	_____	<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Invalidität
Vorname:	_____	
Adresse:	_____	
PLZ/Ort:	_____	
Geburtsdatum:	_____	
Telefon P/G:	_____	Bemerkungen / Ziel des Arztes:
Mobiltelefon:	_____	
Versicherer:	_____	
Arbeitgeber:	_____	
IDN-Nr. / Ref.-Nr.:	_____	

PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG:

<input type="radio"/> Allgemeine Physiotherapie <input type="radio"/> Medizinische Trainingstherapie (M.T.T) <input type="radio"/> Hippotherapie <input type="radio"/> Elektro- + Thermo-therapie / Instruktion Gerätevermietung <input type="radio"/> Lymphdrainage <input type="radio"/> Bandagieren <input type="radio"/> Stützstrümpfe	<input type="radio"/> Aufwendige Physiotherapie <input type="radio"/> Cerebrale +/- medulläre Bewegungsstörung (inkl. Polyradiculitiden) <input type="radio"/> Schwere funktionelle Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen) <input type="radio"/> Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlungen mehrerer Gliedmassen bei mehrfach-verletzten-, mehrfach-operierten – oder multimorbiden Patienten <input type="radio"/> Atemtherapie bei schweren Lungenventilationsstörungen <input type="radio"/> Weitere Indikationen (Arzt stellt Gesuch an Kostenträger!)
<input type="radio"/> Wassertherapie / Gehbad <input type="radio"/> Hilfsmittel und Gegenstände gemäss MiGel-Liste: <input type="radio"/> 2 Behandlungen / Tag <input type="radio"/> Hausbesuche	<input type="radio"/> Chronische behinderte Kinder (bis 6 Jahre) <input type="radio"/> Missbildungen oder Systemerkrankungen Skelett / Bewegungsapparat <input type="radio"/> Missbildungen / progressive Erkrankungen der Skelettmuskulatur <input type="radio"/> Chronische Lungenventilationsstörungen <input type="radio"/> Missbildungen / Schädigungen ZNS / peripheres Nervensystem

Anzahl Behandlungen: _____ Wird die Behandlung bei anderen PhysiotherapeutInnen durchgeführt: JA NEIN

Verordnung	<input type="radio"/> erste	<input type="radio"/> zweite	<input type="radio"/> dritte	<input type="radio"/> vierte	<input type="radio"/> *Langzeittherapie
-------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------

*sep. Bericht gem. KVV Art. 57 an den Vertrauensarzt der Krankenkasse notwendig

ARZT (Stempel + ZSR-Nummer)

Therapeut/in

Datum/Unterschrift: _____