

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat
Arbeitgeber
PLZ/Ort
Telefon Geschäft
Versicherer
Vers.-/Unfall-Nr.

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
- X Verbesserung der Gelenkfunktion
- X Verbesserung der Muskelfunktion
- X 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)

GLA:D

Revigo Therapiezentrum Zürich Flughafen

4 x 7301 Einzeltherapie

14 x 7330 Gruppentherapie

Anz. 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):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: