

MEDIZINALTARIF-Kommission UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE Tariffe Mediche Lainf (CTM)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) ASSURANCE INVALIDITE (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV) ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:			PHYSIOZENTRUM Wil		
Name					
Vorname			Obere Bahnhofstrasse 26 9500 Wil		
Strasse					
PLZ/Ort			Tel: 071 999 05 05 / Fax: 071 999 05 06 E-Mail: wil@physiozentrum.ch		
Geburtsdatum					
Telefon Privat					
Arbeitgeber			Diagnose:		
PLZ/Ort			O separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG		
Telefon Geschäft					
Versicherer					
Vers/Unfall-Nr.					
			Krankheit	○ Unfall	O Invalidität
Physiotherapeutisch	ne Behandlung (dı	ırch Arzt/Ärztin au	szufüllen):		
Verordnung: • erste	• zweite	O dritte	O vierte	○ Langzeitbehand	llung
 Verbesserung der Gelei Verbesserung der Musk Propriozeption/Koordin Verbesserung der cardi Entstauung Anderes: Spezielles Funktioneller Verband (Instruktion 	kelfunktion nation o-pulm. Funktion				
Anzahl Behandlungen:	O Do	omizilbehandlung	O pro Tag 2 Behan	dlungen Arztkontrolle nac	ch Behandlungen
O Vermietung von Geräte	n:				
Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Be Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.:					
Datum: Unterschrift: Bemerkungen:			Datum:	Unterschrift:	