

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

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

PHYSIOZENTRUM  
Bahnhofstrasse 7  
5400 Baden  
Tel 056 221 19 19

### 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)

Anz. Behandlungen: **9**  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: