

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

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

PHYSIOZENTRUM

Am Stadtrand 5
8600 Dübendorf

Tel: 044 303 15 15/ Fax: 044 303 15 16

E-Mail: stettbach@physiozentrum.ch

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

Anzahl Behandlungen: _____ Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Vermietung von Geräten: _____

Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

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): ZSR-Nr.: _____

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____

