

MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM)

ASSURANCE INVALIDITE (AI)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) MILITÄRVERSICHERUNG (MV)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

ASSURANCE MILITAIRE (AM)

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:	
Name Vorname	PHYSIOZENTRUM Bahnhofstrasse 34 8200 Schaffhausen
Strasse	
PLZ/Ort	Tel.: 052 624 53 00 E-Mail: schaffhausen@physiozentrum.ch
Geburtsdatum	L-Wall. 36Hallhausen e physiozenhall.ch
Telefon Privat	
Arbeitgeber	Diagnose:
PLZ/Ort	O separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG
Telefon Geschäft	
Versicherer	
Vers/Unfall-Nr.	
	O Krankheit O Unfall O Invalidität
Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin	n auszufüllen):
Verordnung: O erste O zweite O dritte Ziel der Behandlung:	O vierte O Langzeitbehandlung
 Analgesie/Entzündungshemmung Verbesserung der Gelenksfunktion Verbesserung der Muskelfunktion Propriozeption/Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion Entstauung Anderes: 	(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)
SpeziellesFunktioneller Verband (Tape)Instruktion	
Anzahl Behandlungen: O Domizilbehandlung	O pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach Behandlungen
O Vermietung von Geräten:	
Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständ wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.:	
Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:
Bemerkungen:	