

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

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

SEUZIPHYSIO AG
STREHLGASSE 24
8472 SEUZACH
TEL: 052 320 05 50
FAX: 052 320 05 55
WWW.SEUZIPHYSIO.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

Physiotherapeutische Massnahmen:

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

Anzahl 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); ZSR-Nr.: _____

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

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

Bemerkungen: _____
