

# Verordnung zur Physiotherapie

## Personalien:

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



Swiss Sport Clinic  
Sempachstrasse 22  
CH-3014 Bern  
Tel 031-332 66 77  
Fax 031-332 66 78  
E-Mail: ssc@physio5.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 MTT

- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Anzahl Behandlungen: **24**  Domizilbehandlung  pro Tag 2 Behandlungen  Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten:

### Physiotherapeutische Massnahmen:

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

**3 Monate MTT** (Medizinische Trainingstherapie)

**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):

**physio5 GmbH**  
T 4692.02

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_