

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

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

physio5
www.physio5.ch

Monbijoustrasse 68
CH-3007 Bern
Tel 031-371 02 02
Fax 031-371 47 40
E-Mail: monbijou@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 Gelenksfunktion
- 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):

physio5 GmbH
T 4692.02

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

Bemerkungen: _____