

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
eMail

Datum

Empfänger:

Versicherung

Name
Strasse
PLZ / Ort
Gesetz/V-Nr.
Fall-Nr./-Dat.

Diagnose

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Arbeitgeber

Name
Strasse
PLZ / Ort

Physiotherapeutische Behandlung *(durch Arzt/Ärztin auszufüllen)*

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

Verordnung

Arztkontrolle nach Behandlungen

Anzahl Behandlungen

Domizilbehandlung Langzeitbehandlung pro Tag 2 Behandlungen

Vermietung von Geräten:

Bemerkungen

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

Mail

GLN ZSR

Physiotherapeut/in

Mail

GLN Tel.

Elektronische Übermittlung