

Verordnung zur Kinderphysiotherapie

Personalien

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Geb.datum: Geschlecht:
Telefon:

Versicherung

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

Empfänger:

Diagnose

Behandlungsgrund: Indikation 7351

Kinderphysiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Ziel der Behandlung

- Kinderphysiotherapeutische Abklärung
- Ganzheitliche Entwicklungsförderung, sensomotorische Förderung
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der Gelenkfunktion einer/mehrerer Gliedmasse/n
- Verbesserung einer/mehrerer Muskelfunktion/en
- Analgesie/Entzündungshemmung
- Haltungsschulung des gesamten Körpers
- Verbesserung der cardio-pulmonalen Funktion
- Verbesserung des Lymphsystems
- Hilfsmittelanpassung
- Instruktion der Eltern/Bezugsperson
- Anderes

Kinderphysiotherapeutische Massnahmen

Anzahl Behandlungen: Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Langzeitbehandlung
Verordnung:

Arztkontrolle nach: Behandlungen Bitte um Rücksprache: vor in der Mitte am Ende der Behandlung

Der/die Physiotherapeut/in kann die kinderphysiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Arzt/Ärztin:

Mail:
GLN: ZSR:

Datum:

Physiotherapeut/in:

Mail:
GLN: ZSR:

Datum:

Elektronische Übermittlung