

## PatientIn

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.Datum	<input type="text"/>	Geschlecht <input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Versicherung

Name	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>	

## Arbeitgeber

Name	<input type="text"/>	
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Daten

### Überweisungsdiagnose

### Behandlungsziele

## Empfänger

## Behandelnder Arzt/Ärztin

Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>	ZSR <input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	

## Fall

Gesetz/Vers.-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfall.-Nr./-Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Relevantes Assessment z.B. Messung von Gelenkbeweglichkeit, Kraft, Schmerzen - Nennung von Methode und Messwert

Eintrittsmessung	<input type="text"/>	
Aktuelle Messung	<input type="text"/>	

## Kooperation des Patienten

gut       genügend       inkonsistent       Symptomausweitung

## Beurteilung / Prozedere / Fragestellungen

## Entscheidungshilfe zur Arbeitsfähigkeit

Zumutbare Arbeitsfähigkeit aus physiotherapeutischer Sicht ab:  :

## Physiotherapeut/in

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
bei elektronischer Einsendung unötig

GLN       ZSR

Mail

## Elektronische Übermittlung