

## VERORDNUNG ZUR AMBULANTEN PHYSIOTHERAPIE

### Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ/Ort	
Tel. Nr. Privat	
Arbeitgeber	
PLZ/Ort	
Tel. Nr. Gesch.	
Versicherer	
Vers.-/Unfall-Nr.	

separate Zustellung an Vertrauensarzt

Diagnose:

Krankheit     Unfall     Invalidität

### Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

**Verordnung:**     erste                       zweite                       dritte                       Langzeitbehandlung

### Ziel der Behandlung

- Verbesserung der Gelenksfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Lymphologische Physiotherapie

### Spezielles:

- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion
- MTT 3 Monate
- Wassertherapie
- pulmonale Rehabilitation

### Physiotherapeutische Massnahmen/Procedere:

### Anz. Behandlungen:

Domizilbehandlung     pro Tag 2 Behandlungen     Arztkontrolle nach Behandlungen

### Vermietung von Geräten:

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) EAN Nr.:**

**Physiotherapeut/in (Stempel):**

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

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

### Bemerkungen:

SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER