

# Verordnung zur Physiotherapie

## Patientin/Patient

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

## 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 Gelenkfunktion

Verbesserung der Muskelfunktion

Propriozeption/Koordination

Verbesserung der cardio-pulm. Funktion

Entstauung

Anderes:

Spezielles

Funktioneller Verband (Tape)

Instruktion

Vermietung von Geräten

### Physiotherapeutische Massnahmen

(durch Arzt /Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

### Anzahl Behandlungen

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach  Behandlungen

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):

Datum      Unterschrift

Datum      Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an [physio@gzo.ch](mailto:physio@gzo.ch)