



## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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



**FlexiHealth**

MOBILE THERAPIE

flexihealth.ch | info@flexihealth.ch | +41 33 552 06 16

### 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 Gelenksfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes: \_\_\_\_\_
- Spezielles
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Anzahl Behandlungen:

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach

Behandlungen

Vermietung von Geräten:

#### 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 (Stempel): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel): \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen:

_____
_____