



**physio**  
swiss

Schweizer Physiotherapie Verband · Swiss Association of Physiotherapy  
Association Suisse de Physiothérapie · Associazione Svizzera di Fisioterapia  
Associaziun Svizra da Fisioterapia

MEDIZINARTARIF-  
KOMMISSION UVG (MTK)

COMMISSION DES TARIFS  
MEDICAUX LAA (CTM)

COMMISSIONE DELLE  
TARIFE MEDICHE LAINF (CTM)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV)

ASSURANCE INVALIDITE (AI)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV)

ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon Privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

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

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: