

PatientIn

Datum

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Geb.datum	Geschlecht
AHV-Nr.	
Telefon	

Empfänger:

Versicherung

Name	
Strasse	
PLZ / Ort	
Gesetz/V-Nr.	
Fall-Nr./-Dat.	

Diagnose

☐ separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Arbeitgeber

Name	
Strasse	
PLZ / Ort	

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

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

Verordnung

Arztkontrolle nach

Behandlungen

Anzahl Behandlungen

☐ Domizilbehandlung

☐ Langzeitbehandlung

☐ pro Tag 2 Behandlungen

☐ Vermietung von Geräten:

Bemerkungen

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

Physiotherapeut/in

Mail
GLN ZSR

Mail
GLN Tel.

**Elektronische
Übermittlung**