

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

Patientenangaben

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Krankenkasser, Versicherung, SUVA _____

Krankheit Unfall

Verordnung

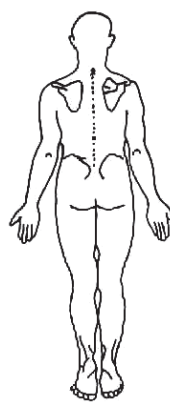
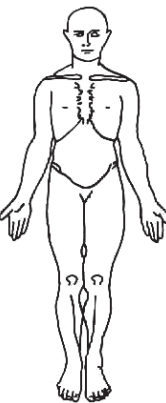
Total Anzahl Behandlungen _____ Behandlungen pro Woche _____ mehrmals täglich Langzeitbehandlung

Diagnose

Ziel der Behandlung

- Analgesie, Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption, Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Verbesserung der pulmonalen Funktion
- Anderers
- Entstauung
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Behandlungsregion



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 Behandlungsziels beiträgt.

Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen

Datum _____

Stempel und Unterschrift _____