

**VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE**

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon P/G: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

IDN-Nr. / Ref.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Diagnose**

Krankheit    Unfall    Invalidität

**Bemerkungen / Ziel des Arztes:**

**PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Allgemeine Physiotherapie   | <input type="radio"/> Aufwendige Physiotherapie   |
| <input type="radio"/> Medizinische Trainingstherapie (M.T.T)  | <input type="radio"/> Cerebrale +/- medulläre Bewegungsstörung (inkl. Polyradiculitiden)  |
| <input type="radio"/> Hippotherapie   | <input type="radio"/> Schwere funktionelle Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen)  |
| <input type="radio"/> Elektro- + Thermotherapie / Instruktion<br>Gerätevermietung                               | <input type="radio"/> Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlungen<br>mehrer Gliedmassen bei mehrfach-verletzten-,<br>mehrfach-operierten – oder multimorbiden Patienten |
| <input type="radio"/> Lymphdrainage<br><input type="radio"/> Bandagieren<br><input type="radio"/> Stützstrümpfe | <input type="radio"/> Atemtherapie bei schweren<br>Lungen ventilationsstörungen   |
| <input type="radio"/> Wassertherapie / Gehbad   | <input type="radio"/> Weitere Indikationen (Arzt stellt Gesuch an<br>Kostenträger!)   |
| <input type="radio"/> Hilfsmittel und Gegenstände gemäss<br>MiGel Liste:  | <input type="radio"/> Chronische behinderte Kinder (bis 6 Jahre)  |
| <input type="radio"/> 2 Behandlungen / Tag<br><input type="radio"/> Hausbesuche                                 | <input type="radio"/> Missbildungen oder Systemerkrankungen Skelett /<br>Bewegungsapparat   |
|   | <input type="radio"/> Missbildungen / progressive Erkrankungen der<br>Skelettmuskulatur   |
|   | <input type="radio"/> Chronische Lungen ventilationsstörungen   |
|   | <input type="radio"/> Missbildungen / Schädigungen ZNS / peripheres<br>Nervensystem   |

**Anzahl Behandlungen:** \_\_\_\_\_ Wird die Behandlung bei anderen PhysiotherapeutInnen durchgeführt:  JA    NEIN

|                   |                             |                              |                              |                              |   |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| <b>Verordnung</b> | <input type="radio"/> erste | <input type="radio"/> zweite | <input type="radio"/> dritte | <input type="radio"/> vierte | <input type="radio"/> *Langzeittherapie |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|

\*sep. Bericht gem. KVV Art. 57 an den Vertrauensarzt der Krankenkasse notwendig

**ARZT (Stempel + ZSR-Nummer)**

**Therapeut/in**

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_