

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

	Diagnose
Personalien	
Name: _____	<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Invalidität
Vorname: _____	
Adresse: _____	
PLZ/Ort: _____	
Geburtsdatum: _____	
Telefon P/G: _____	Bemerkungen / Ziel des Arztes:
Mobiltelefon: _____	
Versicherer: _____	
Arbeitgeber: _____	
IDN-Nr. / Ref.-Nr.: _____	

PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG:

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

Anzahl Behandlungen: _____ Wird die Behandlung bei anderen PhysiotherapeutInnen durchgeführt: JA NEIN

Verordnung	<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: _____