

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat
Arbeitgeber
PLZ/Ort
Telefon Geschäft
Versicherer
Vers.-/Unfall-Nr.

Physio Vogel

Inhaberin: Nicole Vogel
Arvenweg 4
3095 Spiegel bei Bern

www.physio-vogel.ch/ kontakt@physio-vogel.ch/ 076 202 39 22

ZSR: H809002

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

Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

Anz. Behandlungen: Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Vermietung von Geräten:

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): KSK-Nr. _____

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____