

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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

Feel-Fit Adliswil  
Physiotherapie  
Florastrasse 2  
8134 Adliswil

### 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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anzahl 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): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_