

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers.-/Unfall-Nr.



### PHYSIOTHERAPIE HERZOG

Schulgasse 1 / Kirchplatz  
4800 Zofingen

mail@physiotherapie-herzog.ch

Tel.: 062 752 01 79 Fax: 062 752 01 78

### 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: