

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

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

### 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:**