Verordnung zur Physiotherapie KVG

medForms.ch
© 2019, alle Rechte vorbehalten

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
eMail

Versicherung

Name
Strasse
PLZ / Ort
Gesetz/V-Nr.
Fall-Nr./-Dat.

Arbeitgeber

Name
Strasse
PLZ / Ort

Datum

Empfänger: PhysiotherapeutIn

Diagnose

☐ separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Physiotherapeutische Behandlung *(durch Arzt/Ärztin auszufüllen)*

Ziel der Behandlung

☐ Analgesie/Entzündungshemmung
☐ Verbesserung der Gelenksfunktion
☐ 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)

Verordnung

Arztkontrolle nach Behandlungen

Anzahl Behandlungen

☐ Domizilbehandlung ☐ Langzeitbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandlungen

☐ Vermietung von Geräten:

Bemerkungen

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

Mail
GLN ZSR

Physiotherapeut/in

Mail
GLN Tel.

Elektronische Übermittlung

Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!