

Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung UV/MV/IV



PatientIn

Vorname, Name
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr. , Tel.

Datum

Versicherung

Name
Strasse
PLZ / Ort
GLN
Gesetz/Vers-Nr.
Fall-Nr./-Dat.

Physiotherapeutische Behandlung

- Physiotherapeutische Behandlung Behandlung im Gehbad / Schwimmbad **Zusatz:** Domizilbehandlung
 Medizinische Trainingstherapie Wohnungs- / Arbeitsplatzabklärung (nur UV/MV/IV) Behandlung an Sonn- und Feiertagen
 Hippotherapie Robotik (nur UV/MV/IV) Schienenversorgung

Verordnung: Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen)

Bitte beachten Sie die notwendigen
Eingaben auf Seite 2!

Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde

Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema, Bemerkungen

Die 1. Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

Arzt/Ärztin

Mail
GLN ZSR

Physiotherapeut/in

Mail
GLN Tel.

Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Frequenz:

Empfehlung

--	--

Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Dauer pro Sitzung (Minuten):

Frequenz:

Ziel der Behandlung

Behandlungsmethoden

--	--