



Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

| | |
|-------------------|-------|
| Name | _____ |
| Vorname | _____ |
| Strasse | _____ |
| PLZ/Ort | _____ |
| Geburtsdatum | _____ |
| Telefon Privat | _____ |
| Arbeitgeber | _____ |
| PLZ/Ort | _____ |
| Telefon Gesch. ft | _____ |
| Versicherer | _____ |
| Vers./Unfall-Nr. | _____ |

EnergieOase.ch & Chin-Woo
 Claudine Wenger
 Aumattweg 66

3613 Steffisburg

Tel. 033 520 75 00

e-Mail info@energieoase.ch

Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit

Unfall

Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/ rztin auszuführen):

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/ rztin auszuführen, wenn erforderlich)

Anzahl Behandlungen: _____ Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Vermietung von Geräten: _____

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der rztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Arzt/ rztin (Stempel): ZSR-Nr.: _____

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____