



Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

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

PHYSIOTHERAPIE REINACH
 obere Stumpfenbachstr. 7
 5734 Reinach / AG

web: www.physios.ch

e-mail: physios@physios.ch

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:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

PHYSIOTHERAPIE REINACH
 Inh. Hannu Luomajoki
 dipl. Physiotherapeut

KSK-Nr.: R9019.19

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: