



# 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: \_\_\_\_\_