

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon
Kostenträger
AHV-Nr.
Unfall-Nr.:
IV-Verfügungs-Nr.:

Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):

- ☐ Physiotherapeutische Behandlung
☐ Medizinische Trainingstherapie
☐ Hippotherapie
☐ Behandlung im Gehbad /Schwimmbad
☐ Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
☐ Robotik (nur für UV / MV / IV)

Zusatz:

- ☐ Domizilbehandlung
☐ Behandlung an Sonn- und Feiertagen
☐ Schienenversorgung

Verordnung:

37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

☐☐☐☐

erste

zweite

dritte

vierte

☐

Langzeitbehandlung (ab

Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:

Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

Bemerkungen:

Arzt /Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

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

*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.

Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Frequenz:

Empfehlung:

Arzt / Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Dauer pro Sitzung (Minuten):

Frequenz:

Ziel der Behandlung:

Behandlungsmethoden:

Physiotherapeut / Physiotherapeutin:

GLN:

Datum:

Unterschrift: