

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: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

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: