



Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

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

Therapie-Zentrum Spital Zollikerberg
 Trichtenhauserstrasse 28
 8125 Zollikerberg
 Tel. 044 397 27 11 Fax. 044 397 27 12
 E-Mail physio@therapie-zollikerberg.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):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: