

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien	Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):
Name	Physiotherapeutische Behandlung
Vorname	Medizinische Trainingstherapie
Geburtsdatum	Hippotherapie
Strasse	Behandlung im Gehbad / Schwimmbad
PLZ/Ort	Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
Telefon	Robotik (nur für UV / MV / IV)
Kostenträger	
AHV-Nr.	Zusatz:
Unfall-Nr.:	Domizilbehandlung
IV-Verfügungs-Nr.:	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: