

# VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

## Personalien

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

**PhysioCenter Volmajer AG**  
**Zdena V o l m a j e r**  
**Baslerstrasse 120**  
**4632 Trimbach**  
**062 293 16 88**

## 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 (KSK-Stempel): \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in:

PhysioCenter Volmajer AG  
Baslerstrasse 120  
4632 Trimbach  
I 0589.11

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_