

MEDIZINALTARIF-Kommission UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE Tariffe Mediche Lainf (CTM)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) ASSURANCE INVALIDITE (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV) ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			1
Telefon Privat			
Arbeitgeber	Diagnose:		
PLZ/Ort	O separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG		
Telefon Geschäft			
Versicherer			
Vers/Unfall-Nr.			
	○ Krankheit	O Unfall	○ Invalidität
Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin aus			
Verordnung: O erste O zweite O dritte Ziel der Behandlung:	O vierte Physiotherapeutische M	O Langzeitbehandlung	
 Analgesie/Entzündungshemmung Verbesserung der Gelenksfunktion Verbesserung der Muskelfunktion Propriozeption/Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion Entstauung Anderes: 	(durch Arzt/Ärztin auszufi	üllen, wenn er/sie es wünsch	nt)
SpeziellesFunktioneller Verband (Tape)Instruktion			
Anzahl Behandlungen: O Domizilbehandlung	opro Tag 2 Behandlunge	n Arztkontrolle nach	Behandlungen
O Vermietung von Geräten:			
Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Beh			n Massnahmen
Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.:	Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):		
Datum: Unterschrift:	Datum: Un	terschrift:	
Bemerkungen:			