

Therapieverordnung Physikalische Therapie



Therapeut: _____

Personalien:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Mobile

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherung

Zusatzversicherung

Vers.-/Unfall-Nr.

Krankheit Unfall Invalidität

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Entstauung
- _____
- _____

Therapie:

- Medizinische Massagen
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)
- Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung
- Elektrotherapie, Lasertherapie, Stosswellentherapie
- Reflexzonen-therapie (FRZ, BGM)
- Instruktion Gymnastik
- _____

Anzahl Behandlungen: _____

Domizilbehandlung pro Tag Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: _____



Therapeut/Therapeutin

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: