

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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

### ROMANSHORN

medfit Ostschweiz AG  
Bankstrasse 4  
8590 Romanshorn

Tel. 071 463 24 14

medfit@hin.physio  
www.medfit.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)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Anzahl 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 (Stempel): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

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

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

|  |
|--|
|  |
|  |