

Verordnung zur ambulanten Physiotherapie bei TK Patienten

Personalien

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ/Ort	
Tel. Nr. Privat	
Arbeitgeber	
PLZ/Ort	
Tel. Nr. Gesch.	
Versicherer	
Vers.-/Unfall-Nr.	

separate Zustellung an Vertrauensarzt

Diagnose:

Krankheit Unfall Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Verordnung: erste zweite dritte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Lymphologische Physiotherapie

Physiotherapeutische Massnahmen/Procedere:

Spezielles:

- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion
- MTT 3 Monate
- Wassertherapie
- pulmonale Rehabilitation

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 (Stempel) EAN Nr.:

Physiotherapeut/in (Stempel):

Datum: _____ Unterschrift _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Bemerkungen: