

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien	Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):
Name	☐ Physiotherapeutische Behandlung
Vorname	☐ Medizinische Trainingstherapie
Geburtsdatum	☐ Hippotherapie
Strasse	☐ Behandlung im Gehbad / Schwimmbad
PLZ/Ort	☐ Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
Telefon	☐ Robotik (nur für UV / MV / IV)
Kostenträger	
AHV-Nr.	Zusatz:
Unfall-Nr.:	☐ Domizilbehandlung
IV-Verfügungs-Nr.:	☐ Behandlung an Sonn- und Feiertagen
	☐ Schienenversorgung
Verordnung: ☐ erste ☐ zweite ☐ dritte ☐ vierte ☐ Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)	
Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:	Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

Bemerkungen:

Arzt /Ärztin:

GLN: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.