

## Verordnung zur Physiotherapie

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

<b>Physiotherapie</b> <b>Service Sans Soucis AG</b> <b>Bachmattstr. 53</b> <b>8048 Zürich</b> <b>Tel. 044 431 79 10</b> <b>Fax 044 431 79 43</b> <b>physiotherapie@soulbodybalance.ch</b>
---

Diagnose
<input type="checkbox"/> separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG
M3

Krankheit  Unfall  Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)					
Verordnung:	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	<input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung

### Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes:
- Spezielles 7311 bei einer Erkrankung, die eine aufwändige Hilfestellung benötigt
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

### Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

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): KSK-Nr.:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

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

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

Bemerkungen: