

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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

Aktiv Physio Pfäffikon ZH  
Steinwiesstrasse 44  
8330 Pfäffikon ZH

### 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

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_  Domizilbehandlung  pro Tag 2 Behandlungen  Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten: \_\_\_\_\_

#### Physiotherapeutische Massnahmen:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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):

ZSR: B353631  
Aktiv Physio Pfäffikon ZH  
Steinwiesstrasse 44  
8330 Pfäffikon ZH  
Tel.: 044 953 33 22  
Email: praxis@aktivphysio.ch

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

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