

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

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

**Physiotherapie am See**  
**St. Gallerstrasse 46**  
**9470 Buchs (SG)**  
**081 599 18 35**

### 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)

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:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

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

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

Bemerkungen: