



Schweizer Physiotherapie Verband - Swiss Association of Physiotherapy
Association Suisse de Physiothérapie - Associazione Svizzera di Fisioterapia
Associaziun Svizra da Fisioterapia

MEDIZINALTARIF-
KOMMISSION UVG (MTK)
COMMISSION DES TARIFS
MEDICAUX LAA (CTM)
COMMISSIONE DELLE
TARIFE MEDICHE LAINF (CTM)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV)

ASSURANCE INVALIDITE (AI)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV)

ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

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

Physioteam Baden
Mäderstrasse 11
5400 Baden
+41 78 260 28 27
info@physioteam-baden.praxismail.ch

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 (Stempel): KSK-Nr.:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

Datum _____ Unterschrift: _____

Datum _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: