

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon Privat

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer

Vers./Unfall-Nr.

Therapiezentrum SRK Schwyz
Acherhof Schwyz
Grundstrasse 32a
6430 Schwyz

Tel.: 041 811 83 33

therapiezentrum@srk-schwyz.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

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):

GLN-Nr.: 7601007606214 ZSR-Nr.: P727305
Therapiezentrum SRK / Abt. Physiotherapie
Grundstrasse 32a
6430 Schwyz
Tel. 041 811 83 33

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: