

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

Name  
Vorname  
Geburtsdatum  
Strasse  
PLZ/Ort  
Telefon  
Kostenträger  
AHV-Nr.  
Unfall-Nr.:  
IV-Verfügungs-Nr.:

### Physiotherapeutische Behandlung\* (keine Mehrfachauswahl):

Physiotherapeutische Behandlung  
Medizinische Trainingstherapie  
Hippotherapie  
Behandlung im Gehbad / Schwimmbad  
Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)  
Robotik (nur für UV / MV / IV)

#### Zusatz:

Domizilbehandlung  
Behandlung an Sonn- und Feiertagen  
Schienenversorgung

Verordnung:      erste      zweite      dritte      vierte      Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

### Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:

### Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:

### Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

### Bemerkungen:

Arzt /Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

\*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.

## Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

### Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Frequenz:

Empfehlung:

Arzt / Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

### Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen):

Dauer pro Sitzung (Minuten):

Frequenz:

Ziel der Behandlung:

Behandlungsmethoden:

Physiotherapeut / Physiotherapeutin:

GLN:

Datum:

Unterschrift: