

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien

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

### 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):

Spital STS AG  
 Physiotherapie Spital Thun  
 Krankenhausstrasse 12  
 3600 Thun  
 Tel. 058 636 26 77 / Fax 058 636 26 78

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

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

Bemerkungen: