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

|  |
| --- |
| **Physiotherapie****Christiane Ruof****Weingartenstr. 7****8803 Rüschlikon****044/7200683****076/4913815** |

|  |
| --- |
| **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 Gelenksfunktion

 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:**

Datum:  Unterschrift:

**Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):**

**Physiotherapie Christiane Ruof**

**Weingartenstr. 7**

**8803 Rüschlikon**

**K.Nr. S224201**

Datum:  Unterschrift:

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen: |  |