

# Verordnung zur Physiotherapie

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

Name Physiotherapeutische Behandlung

Vorname Medizinische Trainingstherapie



Geburtsdatum Hippotherapie

Strasse Behandlung im Gehbad / Schwimmbad

PLZ/Ort Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)

Telefon Robotik (nur für UV / MV / IV)

Kostenträger

AHV-Nr. **Zusatz:**

Unfall-Nr.: Domizilbehandlung

IV-Verfügungs-Nr.: 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:**

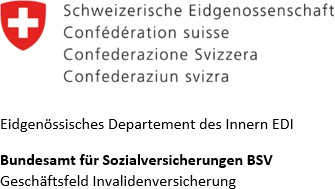
**Bemerkungen:**

**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:**