

# Verordnung zur Physiotherapie

## Personalien

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
Versicherer \_\_\_\_\_  
Vers.-/uNFALL-nR. \_\_\_\_\_



**LAUFGSUND**  
PHYSIO- & PODOTHERAPIE

**Laufgesund**

**Hauptstandort**  
Riedgarten 6, 8600 Dübendorf  
Im Zwicky Areal, Grenze Wallisellen

043 508 39 83  
info@laufgesund.ch  
www.laufgesund.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

### Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anzahl 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): ZSR-Nr: \_\_\_\_\_

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_