

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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

**Physiotherapie Tschopp & Hilfiker**  
**Englisch-Gruss-Strasse 32**  
**3902 Glis**  
<https://physiotschopp-hilfiker.ch>  
**027 530 03 06**  
**Marielle: +41 (0)79 662 47 24,**  
**Roger: +41 (0)79 688 34 90**



### 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)

**2 Serien à 9 Sitzungen**  
**GLA-D Programm**

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.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

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

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

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