

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien:

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

INTEGRI
bewegt

Praxis INTEGRI Bern
 Hirschengraben 7
 3011 Bern
 T 031 382 83 84
 www.integri.ch
 integri@hin.ch

Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

- Coxarthrose
- Gonarthrose

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: Eduktion Self Management
- Spezielles
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Anzahl Behandlungen: **18**

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach

Behandlungen

Vermietung von Geräten:

Physiotherapeutische Massnahmen:

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

Zertifiziertes GLA:D Arthrose Reha Programm

2 Serien à 9×

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:
