

MEDIZINALTARIF-Kommission UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE Tariffe Mediche Lainf (CTM)

ASSURANCE INVALIDITE (AI)

INVALIDENVERSICHERUNG (IV) MILITĀRVERSICHERUNG (MV)

ASSURANCE MILITAIRE (AM) ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

Verordnung zur Physiotherapie

Bemerkungen:

| Personalien | | | | | | | |
|--|-----------------|--------------------|------------|---|---|----------------|--|
| Name | | | | PHYSIOSTEO MON | PHYSIOSTEO MONTAGNA | | |
| Vorname | | | | Am Stadtrand 3 | Am Stadtrand 3 | | |
| Geburtsdatum | | | | Am otaatiana o | Am Gladitand 5 | | |
| Strasse | | | | 8600 Dübendorf | 8600 Dübendorf | | |
| PLZ/Ort | | | | tel: 043 299 54 13 | tel: 043 299 54 13 | | |
| Telefon privat | | | | 100000000000000000000000000000000000000 | | | |
| Arbeitg | | | | | | | |
| Telefon Ges | Z/Ort chäft | | | Diagnose | | | |
| Versicherer | | | | | | | |
| Vers/Unfall-Nr. | | | | separate Zustellu | separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG | | |
| | | | | | | | |
| | | | | — | — | | |
| | | | | | Unfall | Invalidität | |
| DI : 41 | | | A 4/8 () | C***** | | | |
| Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen) | | | | | | | |
| Verordnung: | erste | zweite | ☐ dritte | ☐ vierte | Langzeitbehandlu | ng | |
| | | | | | | | |
| Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen: | | | | | | | |
| | • | una | | • | (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht) | | |
| Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht) Verbesserung der Gelenksfunktion | | | | | | | |
| Verbesserung der Muskelfunktion | | | | | | | |
| Propriozeption/Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion | | | | | | | |
| ☐ verbesserung ☐ Entstauung | der cardio-puim | i. Funktion | | | | | |
| Anderes: | | | | | | | |
| Spezielles | | | | _ | | | |
| ☐ Funktioneller \ | Verband (Tape) | | | | | | |
| IIISII UKUOII | | | | | | | |
| Anz. Behandlun | igen: | ☐ Domizilbeh | nandlung | pro Tag 2 Behandlunger | Arztkontrolle nach | Behandlungen | |
| ☐ Vermietung | von Geräten: | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | is des Arztes/der Ärztin | | schen Massnah- | |
| men wechseln, | wenn dies zu | ır effizienteren l | Erreichung | des Behandlungszieles | oeiträgt. | | |
| Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: Physiotherapeut/in (KSK-Stempel): | | | | | | | |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Datum: | Unterso | hrift: | | Datum: | Unterschrift: | | |
| | 211121 | - | | | | | |