Therapieverordnung Physikalische Therapie

Bemerkungen:



| | I herapeut: |
|--|--|
| Personalien: | Goodcom GmbH |
| Name | c/o Praxis Allemann |
| Vorname | Gabriela Allemann / Barbara Zaugg |
| Geburtsdatum | Schulweg 5 |
| Strasse | 3422 Kirchberg |
| PLZ/Ort | EMR-ASCA-Nummer: L155960 / I244863 |
| Telefon Privat | |
| Mobile | |
| | Diagnose: |
| Arbeitgeber | ☐ Separate Zustellung an Vertrauensarzt |
| PLZ/Ort | |
| Telefon Geschäft | |
| | |
| Versicherung | |
| Zusatzversicherung | |
| Vers/Unfall-Nr. | |
| | |
| ☐Krankheit ☐Unfall ☐Invalidität | |
| Behandlung in der physikalischen Therapi | e (durch Arzt/Ärztin ausfüllen): |
| Verordnung: ☐ erste ☐ zweite ☐ d | dritte |
| Ziel der Behandlung: | Therapie |
| ☐ Analgesie/Entzündungshemmung | ☐ Medizinische Massagen |
| ☐ Verbesserung der Muskelfunktion | ☐ Gelenkmobilisation |
| ☐ Verbesserung der Gelenkfunktion | ☐ Manuelle Lymphdrainage |
| ☐ Propriozeption/Koordination | ☐ Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape) |
| ☐ Entstauung | ☐ Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung |
| | ☐ Elektrotherapie |
| | Reflexzonentherapie (FRZ, BGM) |
| <u> </u> | ☐ Instruktion Gymnastik |
| | |
| A 11D 1 11 | <u> </u> |
| Anzani Rehandilingen. | |
| Anzani behandidigen. | |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. | Arztkontrolle nach Behandlungen |
| Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d | Arztkontrolle nach Behandlungen les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen rreichung des Behandlungsziels beiträgt. |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienten E | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen |
| □ Domizilbehandlung□ pro Tag 2 Behandl.Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen rreichung des Behandlungsziels beiträgt. |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienten E | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienten E | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen rreichung des Behandlungsziels beiträgt. |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienten E | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen rreichung des Behandlungsziels beiträgt. |
| ☐ Domizilbehandlung ☐ pro Tag 2 Behandl. Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis d wechseln, wenn dies zur effizienten E | les Arztes/ der Ärztin die therapeutischen Massnahmen rreichung des Behandlungsziels beiträgt. Datum: |