

MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG (MTK) COMMISSION DES TARIFS MEDICAUX LAA (CTM) COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF (CTM) INVALIDENVERSICHERUNG (IV) ASSURANCE INVALIDITE (AI)

MILITÄRVERSICHERUNG (MV) ASSURANCE MILITAIRE (AM)

ASSICURAZIONE INVALIDITA (AI) ASSICURAZIONE MILITARE (AM)

## Verordnung zur Physiotherapie

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



## **DEVAMED**

Hauptstrasse 45 CH-4153 Reinach BL

Tel. +41 (0)61 711 01 41 Fax +41 (0)61 711 42 19

E-Mail: info@devamed.ch Web: www.devamed.ch

## **DEVAMED**

Hauptstrasse 56 CH-4127 Birsfelden BL

Tel +41 (0) 61 / 222 25 25 Fax +41 (0) 61 / 311 75 75

E-Mail: info@devamed.ch Web: www.devamed.ch

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):  Verordnung: O erste O zweite O dritte O vierte Dangzeitbehandlung  Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen: O Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht) O Verbesserung der Gelenksfunktion O Verbesserung der Muskelfunktion O Propriozeption/Koordination	
Telefon Geschäft  Versicherer  Vers/Unfall-Nr.  Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):  Verordnung: O erste	
Versicherer   Vers/Unfall-Nr.     O Krankheit O Unfall   O Wersherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):     Verordnung: O erste O zweite O dritte O vierte O Langzeitbehandlung   Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen:	
Vers/Unfall-Nr.     Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):     Verordnung: ○ erste ○ zweite ○ dritte ○ vierte ○ Langzeitbehandlung     Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen:   ○ Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)   ○ Verbesserung der Gelenksfunktion Overbesserung der Muskelfunktion   ○ Propriozeption/Koordination Overbesserung der Muskelfunktion	
Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):  Verordnung: O erste O zweite O dritte O vierte Dangzeitbehandlung  Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen: O Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht) O Verbesserung der Gelenksfunktion O Verbesserung der Muskelfunktion O Propriozeption/Koordination	
Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):  Verordnung: ○ erste ○ zweite ○ dritte ○ vierte ○ Langzeitbehandlung  Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen:  ○ Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)  ○ Verbesserung der Gelenksfunktion  ○ Verbesserung der Muskelfunktion  ○ Propriozeption/Koordination	
Verordnung: O erste O zweite O dritte O vierte Langzeitbehandlung  Ziel der Behandlung: Physiotherapeutische Massnahmen: O Analgesie/Entzündungshemmung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht) O Verbesserung der Gelenksfunktion O Verbesserung der Muskelfunktion O Propriozeption/Koordination	nvaliditä
Ziel der Behandlung:  O Analgesie/Entzündungshemmung  O Verbesserung der Gelenksfunktion  O Verbesserung der Muskelfunktion  O Propriozeption/Koordination	
<ul> <li>Analgesie/Entzündungshemmung</li> <li>Verbesserung der Gelenksfunktion</li> <li>Verbesserung der Muskelfunktion</li> <li>Propriozeption/Koordination</li> <li>(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)</li> </ul>	
O Entstauung O Anderes:	
<ul> <li>Spezielles</li> <li>Funktioneller Verband (Tape)</li> <li>Instruktion</li> </ul>	
Anzahl Behandlungen: O Domizilbehandlung O pro Tag 2 Behandlungen Arztkontrolle nach Behandlungen	ındlunger
O Vermietung von Geräten:	
Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Mass wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.	nahmen
Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.: Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):	
Datum: Unterschrift: Datum: Unterschrift:	
Bemerkungen:	
Domonkungon.	