**Verordnung zur Physiotherapie**

Personalien Physiotherapeutische Behandlung\* *(keine Mehrfachauswahl)*

**Name** «Pat\_Name»

**Vorname** «Pat\_Vorname»

**Geburtsdatum** «Pat\_Geburtsdatum»

**Strasse** «Pat\_Strasse»

**PLZ/Ort** «Pat\_Ortschaft»

**Telefon** «wordman\_simple\_pattel\_privat»

**Kostenträger**

**AHV-Nr.** «Pat\_AHV\_neu»

**Unfall-Nr.**

**IV-Verfügungs-Nr.**

**Physiotherapeutische Behandlung**

**Medizinische Trainingstherapie**

**Hippotherapie**

**Behandlung im Gehbad / Schwimmbad**

**Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)**

**Robotik (nur für UV / MV / IV)**

**Zusatz:**

**Domizilbehandlung**

**Behandlung an Sonn- und Feiertagen**

**Schienenversorgung**

**Verordnung:**  erste  zweite  dritte  vierte  Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde: Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

Bemerkungen:

**Arzt / Ärztin:**

**GLN: Datum:** 24.06.2025 **Unterschrift:**

**Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.**

**\*** Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.

**Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung**

**Personalien**

**Name:** «Pat\_Name» **Vorname:** «Pat\_Vorname» **Geburtsdatum:** «Pat\_Geburtsdatum»

**Ärztliche Einschätzung**

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

**Dauer (Anzahl Wochen):** **Frequenz:**

Empfehlung:

**Arzt / Ärztin:**

**GLN: Datum:** 24.06.2025 **Unterschrift:**

**Physiotherapeutische Einschätzung**

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

**Dauer (Anzahl Wochen):** **Dauer pro Sitzung (Minuten):** **Frequenz:**

Ziel der Behandlung:

Behandlungsmethoden:

**Physiotherapeut /**

**Physiotherapeutin:**

**GLN: Datum:** 24.06.2025 **Unterschrift:**