**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:**