

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

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

**Vital Physio**  
 Gäuggelistrasse 1  
 7000 Chur

### Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit       Unfall       Invalidität

### Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung:  erste       zweite       dritte       vierte       Langzeitbehandlung

#### Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenksfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes: \_\_\_\_\_
- Spezielles
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

#### Physiotherapeutische Massnahmen:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_  Domizilbehandlung       pro Tag 2 Behandlungen      Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Vermietung von Geräten: \_\_\_\_\_

**Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.**

Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

**Vital Physio**  
 Gäuggelistrasse 1  
 7000 Chur  
 K-Nr. N1115/8

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_