

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Versicherer: _____ Vers./Unfall-Nr.: _____

Diagnose:

Krankheit Unfall

Physiotherapeutische Behandlung:

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeit

Physiotherapeutische Ziele/Massnahmen:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Therapie gemäss Diagnose | <input type="checkbox"/> Funktioneller Verband (Tape) |
| <input type="checkbox"/> Analgesie/Entzündungshemmung | <input type="checkbox"/> Thermotherapie |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenkfunktion | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie/Ultraschall/Stosswellen |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Muskelfunktion | <input type="checkbox"/> Anderes: |
| <input type="checkbox"/> Propriozeption/Koordination | |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie (MTT) | |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie | |
| <input type="checkbox"/> Instruktion | |

Anz. Behandlungen: _____ pro Woche: _____ Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Arzt/Ärztin:

Datum _____ Unterschrift _____

Rücksprache erwünscht