



VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

Personalien:

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

**Physiotherapie Hoffmann
 Schwarzenburgstr. 257
 3098 Köniz**

Tel.: 031 971 63 83
 Fax 031 971 64 54

Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit Unfall Invalidität

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung: <input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	<input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

Ziel der Behandlung

- Analgesie / Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption / Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- manuelle Lymphdrainage
- Anderes:.....

- Spezielles.....
- Funktioneller Verband (Tape)
- Instruktion

Physiotherapeutische Massnahmen

(durch den 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):KSK-Nr.:

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):

BRUNO HOFFMANN
 Dipl. Physiotherapeut
 3098 Köniz Schwarzenburgstr. 257

Konk.-Nr. D 9240 02
 Suva-Nr. 35-30568
 UBS Bern 80-2-2

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: