|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Strasse |  |
| PLZ/Ort |  |
| Telefon privat |  |
| Arbeitgeber |  |
| PLZ/Ort |  |
| Telefon Geschäft |  |
| Versicherer |  |
| Vers.-/Unfall-Nr. |  |

|  |
| --- |
| **Physiotherapie DST****Sportmedizinische Rehabilitation****Daniel Steiner****Holzgasse 3****8942 Oberrieden****dst@dst-physio.ch****044 720 31 59 / 078 853 54** |

|  |
| --- |
| **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)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anz. Behandlungen: **9** | [ ]  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.:**

Datum:  Unterschrift:

**Physiotherapeut/in (KSK-Stempel):**

**Physiotherapie DST**

**Sportmedizinische Rehabilitation**

**Daniel Steiner**

**Holzgasse 3**

**8942 Oberrieden**

Datum:  Unterschrift:

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen: | **Öffnungszeiten: 06.00 bis 20.00 Uhr** |