



VERORDNUNG ZUR KINDERPHYSIOTHERAPIE

Personalien

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum
Tel. Privat
Tel. Geschäft (Eltern)
Versicherer
Vers./Unfall-Nr.

Diagnose

separate Zustellung an Vertrauensarzt/-ärztin

Krankheit Unfall Invalidität

Kinderphysiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Ziel der Behandlung

- Kinderphysiotherapeutische Abklärung
- ganzheitliche Entwicklungsförderung, sensomotorische Förderung
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der Gelenksfunktion einer/mehrerer Gliedmasse/n
- Verbesserung eines/mehrerer Muskulaturfunktionsbereiche
- Analgesie/Entzündungshemmung
- Haltungsschulung des gesamten Körpers
- Verbesserung der cardio-pulmonalen Funktion
- Hilfsmittelanpassung
- Instruktion der Eltern/Bezugspersonen
- Anderes

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

Der Arzt/Ärztin ist der Auffassung, dass eine chronische Behinderung bzw. deren Risiko vorliegt.

Anzahl Behandlungen Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen
Verordnung erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Arztkontrolle nach Vermietung von Geräten
Bitte um Rücksprache vor in der Mitte am Ende der Behandlung

Der/die Physiotherapeut/-in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die kinderphysiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel), KSK-Nr.

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel)

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift

Bemerkung