

ANMELDUNG FÜR KINDER-BECKENBODEN-PHYSIOTHERAPIE

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Krankenkasse	Kleber Patient/in
Strasse Nr.	PLZ Wohnort	
Telefon	Mobile	
E-Mail		

Diagnosenliste	Krankheit	Unfall	IV
----------------	-----------	--------	----

Anzahl Behandlungen					
Verordnung	erste	zweite	dritte	vierte	Langzeitverordnung
Therapieziele	Verbesserung eines / mehrerer Muskulaturfunktionsbereiche Haltungsschulung des gesamten Körpers Propriozeption / Koordination Vermietung von Geräten:				Aufklärung Trink- und Miktionsverhalten Hilfsmittelanpassung Instruktion der Eltern / Bezugspersonen Biofeedback Anderes:

Massnahmen	Nach ermessen des Therapeuten
------------	-------------------------------

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

Bemerkungen / Vorsichtssituationen / Kontraindikationen	Überweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)
---	--

Der Arzt / die Ärztin ist der Auffassung, dass eine chronische Behinderung, bzw. deren Risiko vorliegt
Arztkontrolle nach _____ Behandlungen
Kopie Physiotherapiebericht an _____

Datum _____
Tel. Praxis _____

Physiotherapie und Training
Öffnungszeiten Sekretariat: 8–12, 13.30–16 Uhr
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09
physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch

Ich wünsche Kontaktaufnahme
vor Therapiebeginn nach Therapiebeginn
nur bei Vorschlag für Therapiewechsel



LINDENHOFGRUPPE