

ANMELDUNG FÜR AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE

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

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

Anzahl Behandlungen	_____ / _____ × pro Woche				
Verordnung	erste	zweite	dritte	vierte	Langzeitverordnung
Therapieziele	Analgesie / Entzündungshemmung Verbesserung der Gelenkfunktion Verbesserung der Muskelfunktion Propriozeption / Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion Verbesserung der Atemfunktion Entstauung Funktioneller Verband (Tape) Instruktion Anderes:				Massnahmen Nach ermessen des Therapeuten Autogene Drainage / Sekretmobilisation Komplexe physikalische Entstauungstherapie Manipulationen Dry Needling Triggerpunktbehandlung Pulomonale Rehabilitation Medizinische Trainingstherapie (MTT)

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)
--	--

Arztkontrolle nach _____ Behandlungen	Datum
Kopie Physiotherapiebericht an _____	Tel. Praxis

Ich wünsche Kontaktaufnahme

vor Therapiebeginn nach Therapiebeginn
nur bei Vorschlag für Therapiewechsel

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



LINDENHOFGRUPPE