

## Verordnung zur Physiotherapie

### Personalien:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Versicherer \_\_\_\_\_

Vers./Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

INTEGRI  
bewegt

**Praxis INTEGRI Bern**

Hirschengraben 7

3011 Bern

T 031 382 83 84

www.integri.ch

integri@hin.ch

### Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Coxarthrose  
Gonarthrose

Krankheit

Unfall

Invalidität

### Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung:  erste     zweite     dritte     vierte     Langzeitbehandlung

#### Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Anderes: Edukation Self Management

Spezielles

Funktioneller Verband (Tape)

Instruktion

Anzahl Behandlungen: **18**

Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandlungen

Arztkontrolle nach

Behandlungen

Vermietung von Geräten:

#### Physiotherapeutische Massnahmen:

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

Zertifiziertes GLA:D Arthrose Reha Programm

2 Serien à 9x

**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): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_