|  |  |
| --- | --- |
| **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** |