



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 Gelenkfunktion 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 Behandlungen 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.

Datum/Unterschrift

Physiotherapeut/in (KSK-Stempel)

Datum/Unterschrift

Bemerkung