



VERORDNUNG ZUR KINDERPHYSIOTHERAPIE

Personalien

Name
Vorname
Strasse
PLZ/ Ort
Geburtsdatum
Tel. Privat
Tel. Geschäft (Eltern)
Versicherer
Vers./-Unfall-Nr.

Diagnose

an Vertrauensarzt/-ärztin

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)

Anzahl Behandlungen Domizilbehandlung Arztkontrolle nach Behandlung/en
 Verordnung erste zweite dritte Langzeitbehandlung

- Der Arzt /Ärztin ist der Auffassung, dass auf Grund der Komplexität der Probleme des Kindes eine aufwändige Bewegungstherapie durchgeführt werden muss.
- Der Arzt /Ärztin ist der Auffassung, dass eine chronische Behinderung bzw. deren Risiko vorliegt.

Arztkontrolle nach Behandlungen Vermietung von Geräten
 Bitte um Rücksprache vor der in der Mitte der 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

Bemerkungen