

Ärztliche Überweisung zur ambulanten Physiotherapie

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Strasse: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____

Diagnosecode(s): _____ Krankheit Unfall Invalidität

Verordnung zu diesem Fall: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Anzahl Behandlungen total: _____ pro Woche: _____ Arztkontrolle: nach _____ Behandlungen
 nach Abschluss

Massnahmen:

Physiotherapie: _____
z.B. Haltung, Kraft, Koordination, Gelenkmobilisation, Herz-Kreislauf-Training, Atemphysiotherapie, Gangschulung, etc.

Rhythm. Massage Behandlungs-Ziele: _____

Bäder welche? _____ Substanz? _____

Wickel/Packungen welche? _____

Schröpfen wo? _____ wie viele Gläser? _____

anderes z.B. klass. Massage was? _____

Stempel _____ Datum _____ Unterschrift _____

Interne Informationen:

Diagnose(n): _____

klinische Hinweise: _____
Herz/Kreislauf, Belastbarkeit, Medikamente, Abhängigkeiten, etc.

anthroposophische Aspekte: _____

gewünschte(r) Therapeut(in): _____ Rücksprache erbeten

Wichtiger Hinweis an die Patienten:

Dieses Formular ist die ärztliche Überweisung im Original. Bewahren Sie es sorgfältig auf und senden Sie es zusammen mit der Rechnung für diese Behandlungsserie Ihrer Krankenkasse oder Versicherung ein.

Ohne dieses Formular kann Ihnen die Krankenkasse oder Versicherung die Kosten nicht zurück erstatten!