

ANMELDUNG FÜR AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE

Name _____	Vorname _____	
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____	Kleber Patient/in
Strasse Nr. _____	PLZ Wohnort _____	
Telefon _____	Mobile _____	
E-Mail _____		

Diagnosenliste _____ Krankheit _____ Unfall _____

Anzahl Behandlungen ____ / ____ × pro Woche
Verordnung erste zweite dritte vierte Langzeitverordnung

Therapieziele	Analgesie / Entzündungshemmung Verbesserung der Gelenkfunktion Verbesserung der Muskelfunktion Propriozeption / Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion Verbesserung der Atemfunktion Entstauung Funktioneller Verband (Tape) Instruktion Anderes:	Massnahmen	Nach ermessen des Therapeuten Autogene Drainage / Sekretmobilisation Komplexe physikalische Entstauungstherapie Manipulationen Dry Needling Triggerpunktbehandlung Pulomonale Rehabilitation Medizinische Trainingstherapie (MTT)
----------------------	---	-------------------	--

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Bemerkungen / Vorsichtssituationen / Kontraindikationen _____ **Überweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)** _____

Arztkontrolle nach _____ Behandlungen
Kopie Physiotherapiebericht an _____

Datum _____
Tel. Praxis _____

Ich wünsche Kontaktaufnahme
vor Therapiebeginn _____ nach Therapiebeginn _____
nur bei Vorschlag für Therapiewechsel

Physiotherapie und Training
Öffnungszeiten Sekretariat: 8–12, 13.30–16 Uhr
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09
physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE