



## 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 Gelenksfunktion 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