physio swiss

H+ DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ LES HÔPITAUX DE SUISSE GLI OSPEDALI SVIZZERI

MTK CTM MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG COMMISSION DES TARIFS MÉDICAUX LAA COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien	**Physiotherapeutische Behandlung* *(keine Mehrfachauswahl):***
Name	☐ Physiotherapeutische Behandlung
Vorname	☐ Medizinische Trainingstherapie
Geburtsdatum	☐ Hippotherapie
Strasse	☐ Behandlung im Gehbad / Schwimmbad
PLZ/Ort	☐ Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
Telefon	☐ Robotik (nur für UV / MV / IV)
Kostenträger	
AHV-Nr.	**Zusatz:**
Unfall-Nr.:	Domizilbehandlung
IV-Verfügungs-Nr.:	Behandlung an Sonn- und Feiertagen
	Schienenversorgung

Verordnung: ☐ erste ☐ zweite ☐ dritte ☐ vierte ☐ Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:	**Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:**

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

Bemerkungen:

Arzt /Ärztin:

GLN: **Datum:** **Unterschrift:**

Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.

physio swiss

H+ DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ LES HÔPITAUX DE SUISSE GLI OSPEDALI SVIZZERI

MTK CTM MEDIZINALTARIF-KOMMISSION UVG COMMISSION DES TARIFS MÉDICAUX LAA COMMISSIONE DELLE TARIFFE MEDICHE LAINF

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

Personalien

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): **Frequenz:**

Empfehlung:

Arzt / Ärztin:

GLN: **Datum:** **Unterschrift:**

Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): **Dauer pro Sitzung (Minuten):** **Frequenz:**

Ziel der Behandlung:

Behandlungsmethoden:

Physiotherapeut / Physiotherapeutin:

GLN: **Datum:** **Unterschrift:**