

## VERORDNUNG ZUR KINDERPHYSIOTHERAPIE

### Personalien

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Tel. Privat	
Tel. Geschäft (Eltern)	
Tel. Mobil	
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 einer/mehrerer Muskelfunktion/en
- Analgesie/Entzündungshemmung
- Haltungsschulung des gesamten Körpers
- Verbesserung der cardio-pulmonalen Funktion
- Verbesserung des Lymphsystems
- Hilfsmittelanpassung
- Instruktion der Eltern/Bezugspersonen
- Anderes

#### Kinderphysiotherapeutische Massnahmen

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

 chronische Lungenfunktionsstörung (7351)

 Systemerkrankung/progressive Erkrankung des Skeletts oder Bewegungsapparates (7351)

 Schädigung/Missbildung des zentralen Nervensystems (7351)

 sensomotorische Verlangsamung und/oder kognitives Defizit

Anzahl Behandlungen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Domizilbehandlung	<input type="checkbox"/> pro Tag 2 Behandlungen		
Verordnung	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	<input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung

Arztkontrolle nach	<input type="text"/>	Behandlungen	<input type="checkbox"/> Vermietung von Geräten
Bitte um Rücksprache	<input type="checkbox"/> vor	<input type="checkbox"/> in der Mitte	<input type="checkbox"/> am Ende der Behandlung / Abklärung

**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.		Physiotherapeut/in (KSK-Stempel)	
Datum/Unterschrift	<input type="text"/>	Datum/Unterschrift	<input type="text"/>

Bemerkung