**Verordnung zur Kinderphysiotherapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personalien und Kontakt |  | Diagnose |
| Name |       |  |       |
| Vorname |       |  |
| Geschlecht |       |  |
| Geburtsdatum |       |  |
| Strasse/Nr. |       |  |
| PLZ/Wohnort |       |  |
| Tel. Festnetz |       |  | [ ]  Krankheit |
| Mobile Mutter |       |  | [ ]  Unfall |
| Mobile Vater |       |  | [ ]  Invalidität |
| Versicherer |       |  |  |
| Vers.-/Unfall-Nr. |       |  | [ ]  Indikation 7351 |

|  |
| --- |
| Kinderphysiotherapeutische Behandlung |
| Behandlungsziel | Mögliche Massnahmen  |
|

|  |
| --- |
| [ ]  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 kardiopulmonalen Funktion |
| [ ]  Verbesserung des Lymphsystems |
| [ ]  Hilfsmittelanpassung |
| [ ]  Instruktion der Eltern/Bezugspersonen |
| [ ]  Anderes |

 |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anzahl Behandlungen |     | [ ]  Domizilbehandlung | [ ]  2 Behandlungen pro Tag |
| Verordnung | [ ]  erste | [ ]  zweite | [ ]  dritte | [ ]  vierte | [ ]  Langzeitbehandlung |
| Bitte um Rücksprache | [ ]  vor | [ ]  in der Mitte | [ ]  am Ende der Behandlung/Abklärung |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Der/die Physiotherapeut/in kann die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

|  |  |
| --- | --- |
| Arzt/Ärztin (Stempel) KSK-NummerDatum/Unterschrift       | Physiotherapeut/im (KSK-Stempel)Datum/Unterschrift       |
| Bemerkungen       |

 |