

**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-Nummer  Datum/Unterschrift | Physiotherapeut/im (KSK-Stempel)  Datum/Unterschrift | | Bemerkungen | | |