|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **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 |  | 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 / 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. | | | Datum/Unterschrift |  | |  | |  |  | | --- | --- | | Physiotherapeut/in (KSK-Stempel) | | | Datum/Unterschrift |  | |
|  | | |
| Bemerkung | | |
|  | | |