



RHEINBURG-KLINIK  
WALZENHAUSEN

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

<b>Personalien:</b>	<b>Diagnose:</b>
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Strasse: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon Privat: _____	_____
Arbeitgeber: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Telefon Geschäft: _____	_____
Versicherer: _____	_____
Vers./Unfall-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> UV/IV/EMV

Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung:     erste     zweite     dritte     vierte     Langzeitbehandlung

Hauptprobleme:

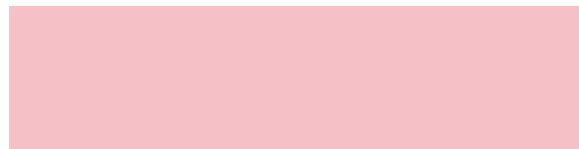
- Schmerz
- Beweglichkeit
- Schwäche
- Ausdauer/Herz-Kreislauf
- Koordination
- Gleichgewicht
- Schwellung
- Entzündung
- Verspannung
- Rückendisziplin
- Andere

Physiotherapeutische Massnahmen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aktive Therapie                         | <input type="checkbox"/> Massage         |
| <input type="checkbox"/> Gangschulung                            | ➔ klassisch                              |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie                       | ➔ Bindegewebsmassage                     |
| <input type="checkbox"/> Neurophysiologische Konzepte            | ➔ Fussreflexzonenmassage                 |
| ➔ Bobath, PNF  | ➔ Lymphdrainage                          |
| <input type="checkbox"/> Wassertherapie                          | <input type="checkbox"/> Heublumenwickel |
| <input type="checkbox"/> MTT Medizinische Trainings-<br>Therapie | <input type="checkbox"/> Kältetherapie   |
| <input type="checkbox"/> Heimprogramm                            | <input type="checkbox"/> Ultraschall     |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule                            | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie |
|  | <input type="checkbox"/> Atemtherapie    |

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_  pro Tag 2 Behandlungen  
 Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen  
 Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Der/die PhysiotherapeutIn kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.



Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Klinik für akutstationäre neurologische und orthopädische Rehabilitation

Rheinburg-Klinik, CH-9428 Walzenhausen  
 Telefon ++41 (0)71 886 11 11, Fax ++41 (0)71 888 66 29, info@rheinburg.ch, www.rheinburg.ch

