

## Verordnung zur Physiotherapie Kompetenzzentrum für ambulante Neurorehabilitation Aufwendige Bewegungstherapie – komplexe Fälle – Domizil

### Personalien:

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum
Hausarzt
Versicherer
Versicherungs-Nr.

### PhysioMed

Kompetenzzentrum für ambulante  
Physiotherapie und Neurorehabilitation  
Lucia A. Pozzi  
Landstrasse 115  
5430 Wettingen

### Diagnose:

separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Krankheit  Unfall

### Physiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen):

Verordnung:	<input type="radio"/> erste	<input type="radio"/> zweite	<input type="radio"/> dritte	<input type="radio"/> vierte	<input type="radio"/> Langzeitbehandlung	<input type="radio"/> Gruppentherapie
-------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------------

#### Ziel der Behandlung und physiotherapeutischen Massnahmen:

- Physiotherapie bei neurologischen Diagnosen und Krankheitsbildern
- Physiotherapie bei Hochaltrigkeit
- Physiotherapie bei demenzieller Erkrankung
- Sturzprophylaxe, Postfallrehabilitation, kognitivmotorisches Training
- Muskelaufbau, Krafttraining, Beweglichkeit
- Verbesserung der cardiopulmonären Funktion, Ausdauer
- Schmerztherapie, CPM chronic pain management
- Manuelle Lymphdrainage, komplexe Entstauungstherapie
- Kompressionsverbände, Kinesiotape, Stützverbände
- Beckenbodentraining bei Inkontinenz
- Instruktion und Training ADL

#### Nebendiagnosen:

1. ND1
2. ND2
3. ND3
4. ND4
5. ND5

**Geriatrische «I's»:**  Instabilität  Immobilität  intellektueller Abbau  
 Inkontinenz  Seh- und Hörverlust  Immundefizit  Insomnia

#### Domizilbehandlung:

#### Bemerkungen:

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

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

Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut/in (ZSR-Stempel):

Lucia A. Pozzi  
dipl. PT HF, dipl. ErgonPT  
Landstrasse 115  
5430 Wettingen  
**D 9370 19**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_