



# VERORDNUNG ZUR KINDERPHYSIOTHERAPIE

## Personalien

Name  
Vorname  
Strasse  
PLZ/ Ort  
Geburtsdatum  
Tel. Privat  
Tel. Geschäft (Eltern)  
Versicherer  
Vers./-Unfall-Nr.

## Diagnose

an Vertrauensarzt/-ärztin

## Kinderphysiotherapeutische Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

### Ziel der Behandlung

- Kinderphysiotherapeutische Abklärung
- ganzheitliche Entwicklungsförderung, sensomotorische Förderung
- Propriozeption / Koordination
- Verbesserung der Gelenkfunktion einer/mehrerer Gliedmasse/n
- Verbesserung eines/mehrerer Muskulaturfunktionsbereiche
- Analgesie/Entzündungshemmung
- Haltungsschulung des gesamten Körpers
- Verbesserung der cardio-pulmonalen Funktion
- Hilfsmittelanpassung
- Instruktion der Eltern/Bezugspersonen
- Anderes

### Kinderphysiotherapeutische Massnahmen

(durch Arzt /Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

Anzahl Behandlungen  Domizilbehandlung  Arztkontrolle nach  Behandlung/en  
 Verordnung  erste  zweite  dritte  Langzeitbehandlung

- Der Arzt /Ärztin ist der Auffassung, dass auf Grund der Komplexität der Probleme des Kindes eine aufwändige Bewegungstherapie durchgeführt werden muss.
- Der Arzt /Ärztin ist der Auffassung, dass eine chronische Behinderung bzw. deren Risiko vorliegt.

Arztkontrolle nach  Behandlungen  Vermietung von Geräten  
 Bitte um Rücksprache  vor der  in der Mitte der  am Ende der Behandlung

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

Bemerkungen