|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien** | | |
| **Name:** ${patientInfo.lastName} | **Vorname:** ${patientInfo.firstName} | **Geburtsdatum:** ${patientInfo.birthdate} |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliche Einschätzung** | | | | | |
|  | |  | | |  |
| **Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)** | | | | | |
| **Dauer (Anzahl Wochen):** |  | | **Frequenz:** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Empfehlung:** | | | |
|  | | | |
| **Arzt / Ärztin** | ${mandatorInfo.title} ${mandatorInfo.firstname} ${mandatorInfo.lastname}  ${mandatorInfo.singleRowSpecializations}  ${mandatorInfo.streetAndNo}  ${mandatorInfo.zip} ${mandatorInfo.city} | | |
|  |
|  |
|  |  | | |
| **${mandatorInfo.gln}** | | **Datum:** ${currentDate} | **Unterschrift:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Physiotherapeutische Einschätzung** | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |
| **Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)** | | | | | | | |
| **Dauer (Anzahl Wochen):** |  | | **Dauer pro Sitzung (Minuten):** |  | | **Frequenz:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ziel der Behandlung:** | | | |
|  | | | |
| **Behandlungsmethoden:** | | | |
|  | | | |
| **Physiotherapeut / Physiotherapeutin:** | |  | |
|  | |
|  | |
| **GLN:** | **Datum:** | | **Unterschrift:** |