|  |
| --- |
| **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:**  |