|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** | **Physiotherapeutische Behandlung\* *(keine Mehrfachauswahl):*** |
| Name | ${patientInfo.lastName}  | [ ]  Physiotherapeutische Behandlung |
| Vorname | ${patientInfo.firstName}  | [ ]  Medizinische Trainingstherapie |
| Geburtsdatum | ${patientInfo.birthdate}  | [ ]  Hippotherapie |
| Strasse | ${patientInfo.street} ${patientInfo.streetNo}  | [ ]  Behandlung im Gehbad / Schwimmbad |
| PLZ/Ort | ${patientInfo.zip} ${patientInfo.city}  | [ ]  Wohnungs- oder Arbeitsplatzabkärung (nur für UV / MV / IV) |
| Telefon | ${patientInfo.phone}  | [ ]  Robotik (nur für UV / MV / IV) |
| Kostenträger | ${guarantorInfo.companyName}  |  |
| AHV-Nr. | ${patientInfo.socialSecurityNumber}  | **Zusatz:** |
| Unfall-Nr.: |  | [ ]  Domizilbehandlung |
| IV-Verfügungs-Nr.: |  | [ ]  Behandlung an Sonn- und Feiertagen |
|  |  | [ ]  Schienenversorgung |
|  |  |  |
| **Verordnung:** | [ ]  erste | [ ]  zweite | [ ]  dritte | [ ]  vierte | [ ]  Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:** | **Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:** |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsthema:** |
|  |
| **Bemerkungen:** |
|  |
| **Arzt /Ärztin** | ${mandatorInfo.title} ${mandatorInfo.firstname} ${mandatorInfo.lastname} ${mandatorInfo.singleRowSpecializations} ${mandatorInfo.streetAndNo} ${mandatorInfo.zip} ${mandatorInfo.city}  |
|  |
|  |
|  |  |
| **${mandatorInfo.gln}**  | **Datum: ${currentDate}**  | **Unterschrift:** |

**Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.**

\*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 9 Behandlungen und für die Medizinische Trainingstherapie für max. 36 Behandlungen. Für die IV gilt die Verfügung der zuständigen IV-Stelle.