

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon
Kostenträger
AHV-Nr.
Unfall-Nr.:
IV-Verfügungs-Nr.:

Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):

- ☒ Physiotherapeutische Behandlung
☐ Medizinische Trainingstherapie
☐ Hippotherapie
☐ Behandlung im Gehbad / Schwimmbad
☐ Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
☐ Robotik (nur für UV / MV / IV)

Zusatz:

- ☐ Domizilbehandlung
☐ 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:

APR gemäss SGP

Das Ziel der Ambulanten pulmonalen Rehabilitation (APR) ist, eine höhere Belastungsfähigkeit im beruflichen und privaten Alltag zu erreichen. Die APR senkt gemäss breit akzeptierten nationalen und internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen die Häufigkeit von Exazerbationen und Hospitalisationen, verbessert die freie Gehstrecke und die Lebensqualität.

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

Bemerkungen:

Dauer mind. 12 Wo, 3x/Wo jeweils 90 min.
Daher beantragen wir:
1 x Position 7350 (Zuschlag für 1. Behandlung)
2 x Position 7311 (Befundaufnahme/Assessments, Instruktion, Evaluation)
68 x Position 7330 (Pro Behandlungstag 2x)
Siehe Rückseite

Arzt /Ärztin:

GLN:

Datum:

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.

Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): mind. 12 Wo

Frequenz: 3x/Wo

Wir bitten um eine schriftliche Kostengutsprache per E-Mail oder per Post. Wenn wir innerhalb von 10 Arbeitstagen keine Rückmeldung erhalten, gehen wir von einem positiven Entscheid aus und werden mit dem Reha-Programm starten.

Begründung/Empfehlung:

Das Ziel der Rehabilitation ist, eine höhere Belastungsfähigkeit im beruflichen und privaten Alltag zu erreichen. Die APR senkt gemäss breit akzeptierten nationalen und internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen die Häufigkeit von Exazerbationen und Hospitalisationen, verbessert die freie Gehstrecke und die Lebensqualität.

Arzt / Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): mind. 12 Wo Dauer pro Sitzung (Minuten): 90 min Frequenz: 3x/Wo (2 Behandlungen/Tag)

Wir bitten um eine schriftliche Kostengutsprache per E-Mail oder per Post. Wenn wir innerhalb von 10 Arbeitstagen keine Rückmeldung erhalten, gehen wir von einem positiven Entscheid aus und werden mit dem Reha-Programm starten.

Ziel der Behandlung:

Siehe ärztliche Empfehlung

Behandlungsmethoden:

Für die APR ist eine differenzierte therapeutische Befundaufnahme durch spezialisierte Therapeutinnen/Therapeuten und intensive Betreuung während der Reha erforderlich. Das adäquate Therapieprogramm für Ausdauer/Kraft/Gleichgewicht/Koordination wird erstellt, instruiert, kontrolliert, protokolliert und bei Bedarf angepasst. Zur Reha gehören auch Schulungen zum Umgang mit der Beeinträchtigung in Theorie und Praxis. Nach der therapeutischen Abschlussuntersuchung wird darauf basierend der Abschlussbericht verfasst.

Physiotherapeut / Physiotherapeutin:

GLN:

Datum:

Unterschrift: