







Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien				Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):		
Na Vorna Geburtsdat Stra PLZ/ Tele Kostenträ AHV- Unfall- IV-Verfügungs-	tum sse /Ort ofon ger -Nr.			Med Hipp Beha Woh Robi Zusatz: Dom Beha	siotherapeutische Behandlung izinische Trainingstherapie iotherapie andlung im Gehbad / Schwimmbad inungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV) iotik (nur für UV / MV / IV) iizilbehandlung andlung an Sonn- und Feiertagen	
Verordnung:	erste	zweite	dritte	Schi vierte	enenversorgung Langzeitbehandlung (ab 36 Sitzungen, bedingt Seite 2)	
Behandlungsr					dlungsgrund / Ziel der Behandlung:	
Limiten, Vorsio	chtsmassn	ahmen, Kon	itraindikatio	onen, Beha	ndlungsschema:	
Bemerkungen	:					
Arzt /Ärztin:						
GLN:	1	Datum:		Ur	nterschrift:	

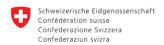
Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

*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.









Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

Personalien									
Name:		Vorname:	Geburtsdatum:						
Ärztliche Einschätzung									
Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)									
Dauer (Anzahl Woch	en):	Frequenz:							
Empfehlung:			l.						
1 0									
Arzt / Ärztin:									
GLN:	Datum:	Unterschrift:							
Physiotherapeutische Einschätzung									
Empfehlungen zur Ti	herapie (von de	r behandelnden Person auszufüllen)						
Dauer (Anzahl Woch	en):	Dauer pro Sitzung (Minuten):	Frequenz:						
Ziel der Behandlung:	:								
.									
Behandlungsmethod	len:								
Physiotherapeut / Phys	siotherapeutin:								
y and an									
a	D .								
GLN:	Datum:	Unterschrift:							