

# ANMELDUNG FÜR KINDER-BECKENBODEN-PHYSIOTHERAPIE

Name _____	Vorname _____	
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____	Kleber Patient/in
Strasse Nr. _____	PLZ Wohnort _____	
Telefon _____	Mobile _____	
E-Mail _____		

<b>Diagnosenliste</b>	Krankheit	Unfall	IV
-----------------------	-----------	--------	----

<b>Anzahl Behandlungen</b> _____					
<b>Verordnung</b>	erste	zweite	dritte	vierte	Langzeitverordnung

<b>Therapieziele</b>	Verbesserung eines / mehrerer Muskulaturfunktionsbereiche Haltungsschulung des gesamten Körpers Propriozeption / Koordination Vermietung von Geräten:	Aufklärung Trink- und Miktionsverhalten Hilfsmittelanpassung Instruktion der Eltern / Bezugspersonen Biofeedback Anderes:
----------------------	--	---

**Massnahmen** Nach ermessen des Therapeuten

**Der / die Physiotherapeut / in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.**

<b>Bemerkungen / Vorsichtssituationen / Kontraindikationen</b>	<b>Überweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)</b>
--	---

**Der Arzt / die Ärztin ist der Auffassung, dass eine chronische Behinderung, bzw. deren Risiko vorliegt**

Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Kopie Physiotherapiebericht an \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Tel. Praxis \_\_\_\_\_

Physiotherapie und Training  
Öffnungszeiten Sekretariat: 8 – 12, 13.30 – 16 Uhr  
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09  
physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch

**Ich wünsche Kontaktaufnahme**

vor Therapiebeginn      nach Therapiebeginn

nur bei Vorschlag für Therapiewechsel



LINDENHOFGRUPPE