

Anhang 2



PHYSIOTHERAPEUTEN-VERBAND FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN (PVFL)

Postfach 603 · FL-9494 Schaan

www.physio.li · pvfl@physio.li

VERORDNUNG ZUR PHYSIOTHERAPIE

Personalien	Diagnose
Name: _____	<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Invalidität
Vorname: _____	
Adresse: _____	
PLZ/Ort: _____	
Geburtsdatum: _____	
Telefon P/G: _____	Bemerkungen / Ziel des Arztes:
Mobiltelefon: _____	
Versicherer: _____	
Arbeitgeber: _____	
IDN-Nr. / Ref.-Nr.: _____	

PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG:

<input type="radio"/> Allgemeine Physiotherapie	<input type="radio"/> Aufwendige Physiotherapie
<input type="radio"/> Medizinische Trainingstherapie (M.T.T)	<input type="radio"/> Behandlung von zwei oder mehr Körperregionen
<input type="radio"/> Hippotherapie	<input type="radio"/> Cerebrale +/- medulläre Bewegungsstörung (inkl. Polyradiculitiden)
<input type="radio"/> Elektro- + Thermotherapie / Instruktion Gerätevermietung	<input type="radio"/> Schwere funktionelle Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen)
<input type="radio"/> Lymphdrainage	<input type="radio"/> Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlungen mehrerer Gliedmassen bei mehrfach-verletzten-, mehrfach-operierten – oder multimorbiden Patienten
<input type="radio"/> Bandagieren	<input type="radio"/> Atemtherapie bei schweren Lungen ventilationsstörungen
<input type="radio"/> Stützstrümpfe	<input type="radio"/> Weitere Indikationen (Arzt stellt Gesuch an Kostenträger!)
<input type="radio"/> Wassertherapie / Gehbad	<input type="radio"/> Chronisch behinderte Kinder (bis 6 Jahre)
<input type="radio"/> Hilfsmittel und Gegenstände gemäss MiGel Liste:	<input type="radio"/> Missbildungen oder Systemerkrankungen Skelett / Bewegungsapparat
<input type="radio"/> 2 Behandlungen / Tag	<input type="radio"/> Missbildungen / progressive Erkrankungen der Skelettmuskulatur
<input type="radio"/> Hausbesuche	<input type="radio"/> Chronische Lungen ventilationsstörungen
	<input type="radio"/> Missbildungen / Schädigungen ZNS / peripheres Nervensystem

Anzahl Behandlungen: _____ Wird die Behandlung bei anderen PhysiotherapeutInnen durchgeführt: JA NEIN

Verordnung	<input type="radio"/> erste	<input type="radio"/> zweite	<input type="radio"/> dritte	<input type="radio"/> vierte	<input type="radio"/> *Langzeittherapie
------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

*sep. Bericht gem. KVV Art. 57 an den Vertrauensarzt der Krankenkasse notwendig

ARZT (Stempel + ZSR-Nummer)

Therapeut/in

Datum/Unterschrift: _____